Zorg voor Veilig module

Samen aan de slag met patiëntveiligheid

Werkmateriaal voor patiëntveiligheid in de eerste lijn



ZORG voor VEILIG

Colofon

Auteur
dr. Marjorie Nelissen-Vrancken, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik

Met medewerking van
drs. Claudia Bolleurs, Nederlandse Vereniging van Diëtisten
Lesly Bouwman, Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
Luciëlle van den Broek-Porsius, Ergotherapie Nederland
drs. Els Eijssens, projectleider Zorg voor Veilig
Aurelia Kroezen-Brenkman, Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck
drs. Henriëtte van der Kwaak-van Hout, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
Marieke Maier, Associatie Nederlandse Tandartsen
drs. Yvonne van Oosterhout, projectleider Zorg voor Veilig
Martin Schrama, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
Joke Selhorst, Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten
drs. Liselotte Stevens, Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten
drs. Anneke Venema, projectleider Zorg voor Veilig
drs. Judith van der Vloed, Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie

Deze module is ontwikkeld door het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik voor en in samenwerking met het landelijke NEO/LVG patiëntveiligheidsprogramma 'Zorg voor Veilig' en financieel mogelijk gemaakt door het ministerie van VWS.

november 2011

Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) en NEO/LVG hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan deze uitgave. Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. Het IVM en NEO/LVG zijn niet aansprakelijk voor directe of indirecte schade die het gevolg is van het gebruik van de informatie die door middel van deze uitgave is verkregen. Niets uit deze uitgave mag worden gebruikt zonder vooraf verkregen toestemming.

www.zorgvoorveilig.nl
U kunt op deze website alle modules en losse bijlagen downloaden van het patiëntveiligheidsprogramma 'Zorg voor Veilig'.

www.medicijngebruik.nl

Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik

ZORG voor VEILIG



Inhoud





Samen aan de slag met patiëntveiligheid

4 Inleiding
7 Problematiek en verantwoordelijkheden
9 Plan voor verbeteren patiëntveiligheid

10 Algemene voorbereiding
12 Fase 1 Enthousiasmeren en bewustwording
15 Fase 2 Opstellen werkwijze aanpak verbeterpunten patiëntveiligheid
21 Fase 3 Aan de slag
23 Fase 4 Evalueren en borgen

Bijlagen

25 1 Startbijeenkomst voor kwaliteitsgroepen
27 2 Checklist patiëntveiligheid
29 3 Startbijeenkomst voor (groeps)praktijken
31 4A Meldformulier VIM digitaal
33 4B Meldformulier pilotproject tandartspraktijken
35 5 SAC-matrix
36 6 Visgraatmethode
38 7 Voorbeeldprocedure
40 8 Voorbeeld invulschema activiteitenplan

41 Begrippen
43 Literatuur

Inleiding

Relevante zorgverleners voor deze module zijn in ieder geval:
- diëtisten
- ergotherapeuten
- fysiotherapeuten
- huidtherapeuten
- logopedisten
- mondhygiënisten
- oefentherapeuten
- tandartsen

In deze module verstaan we onder kwaliteitsgroepen:
- intercollegiale toetsgroepen
- IOC/M-groepen
- IOF-groepen
- IQual-groepen
- IT-groepen
- kringoverleggen
- kwaliteitskringen
- toetsgroepen

Let op!
In deze module spreken we over patiënt en niet over cliënt, omdat de meeste beroepsbeoefenaren de term patiënt gebruiken. In plaats van patiënt kunt u ook cliënt lezen.

Voor u ligt de module 'Aan de slag met patiëntveiligheid'. Deze module beschrijft een aanpak voor het verbeteren van de patiëntveiligheid in praktijken van paramedici en tandartsen in de eerste lijn. De module richt zich zowel op (groeps)praktijken als op monodisciplinaire kwaliteitsgroepen die willen werken aan het verbeteren van patiëntveiligheid. Wij adviseren u deze module goed door te lezen alvorens in de praktijk aan de slag te gaan.

Doelgroep

De module is primair geschreven voor personen, die de activiteiten rondom het verbeteren van de patiëntveiligheid gaan coördineren in een (groeps) praktijk en/of in een kwaliteitsgroep. We gaan er vanuit dat deze coördinatoren - voordat ze met deze module aan de slag gaan - de e-learning 'Patiëntveiligheid: wat en hoe?' gevolgd hebben.

Alle andere betrokkenen in de kwaliteitsgroep en in de (groeps)praktijken kunnen de beschrijvingen, tips en voorbeelden in deze module gebruiken voor het vergroten van hun begrip van patiëntveiligheid.

Doel

Het doel van de aanpak in deze module is het verbeteren van de patiënt-veiligheid in praktijken van paramedici en tandartsen. Hiervoor bieden wij u een praktische leidraad, zodat u na het doorlopen van deze module weet hoe u kunt werken aan een betere patiëntveiligheid in uw praktijk. De werkwijze bestaat uit de volgende vier fasen:
1. Enthousiasmeren en vergroten van bewustwording.
2. Opstellen werkwijze voor aanpak verbeterpunten patiëntveiligheid.
3. Aan de slag: naar een betere patiëntveiligheid.
4. Evalueren en borgen.

Werkwijze

We beschrijven in deze module een werkwijze die er vanuit gaat dat u zowel in de kwaliteitsgroep als in de (groeps)praktijken aan de slag gaat. Afhankelijk van uw praktijkgrootte en samenstelling van uw kwaliteitsgroep kunt u een eigen variant op deze werkwijze bepalen. U vindt verder in deze inleiding enkele voorbeelden van andere vormen van groepssamenstellingen.

U gaat eerst aan de slag in de kwaliteitsgroep met het vergroten van de bewustwording en het elkaar enthousiasmeren voor verbetering van de patiëntveiligheid. U benoemt gezamenlijk verbeterpunten en - indien mogelijk en gewenst - stemt u de aanpak in de (groeps)praktijken op elkaar af. Daarna gaat u in de (groeps)praktijken daadwerkelijk aan de slag met de vastgestelde verbeterpunten. Uiteraard kunnen (groeps)praktijken ook besluiten om (aanvullend) andere verbeterpunten aan te pakken, bijvoorbeeld omdat uit de risicoanalyse van een (groeps)praktijk nog andere belangrijke verbeterpunten naar voren komen. In de kwaliteitsgroep blijft u elkaar informeren over de ervaringen, vorderingen en resultaten in de (groeps)praktijken.

De aanpak in deze module is gebaseerd op:

- ervaringen en aanbevelingen uit onderzoek
- ervaringen van organisaties en werkverbanden die al werken aan patiëntveiligheid
- richtlijnen en wensen van de betrokken beroepsgroepen



De eerste zorgverlener die zich nooit vergist of nooit een fout maakt, moet nog gevonden worden.

Andere vormen van groepssamenstelling

De in deze module beschreven werkwijze zal niet voor alle (groeps)praktijken en kwaliteitsgroepen werkbaar zijn. Indien dit bij u het geval is, ga dan voor uzelf na welke groepssamenstelling wel geschikt kan zijn. Wij beschrijven u hier enkele mogelijke situaties.

Let op!
We beschouwen in deze module een groep van enkele solo- en duopraktijken vergelijkbaar met de situatie in een (groeps)praktijk met meerdere zorgverleners. Als we in deze module dus spreken over (groeps)praktijken, dan verstaan we daaronder ook groepen van enkele solo- en duopraktijken.

U heeft een solo- of duopraktijk

U kunt samen met uw collega's in de kwaliteitsgroep aan de slag. Wij adviseren u echter om bij de praktische vertaalslag van de afspraken in de kwaliteitsgroep naar uw eigen praktijk een groep te vormen met een beperkt aantal collega's uit andere (solo)praktijken (uit uw kwaliteitsgroep of elders). Zo houdt u namelijk oog voor elkaars blinde vlekken en kunt u eventueel taken verdelen. Bovendien is het niet mogelijk om als solo- of duopraktijk alleen aan de slag te gaan met het melden en analyseren van (bijna-) incidenten.

U heeft of werkt in een grote praktijk

Als het aantal zorgverleners in uw praktijk vergelijkbaar of meer is dan het aantal deelnemers van de kwaliteitsgroep, dan kunt u ervoor kiezen om alleen aan de slag te gaan in uw praktijk en niet uw activiteiten af te stemmen met collega's uit andere praktijken in de kwaliteitsgroep(en). Deze werkwijze betekent wel dat u zelf na moet gaan welke activiteiten in deze module wel en niet relevant voor u zijn. Sommige activiteiten voor de kwaliteitsgroep zijn namelijk wel relevant voor u (zoals startbijeenkomst kwaliteitsgroep) en sommige activiteiten voor de (groeps)praktijk niet meer (zoals start-bijeenkomst (groeps)praktijk).

U heeft of werkt in een middelgrote praktijk waarvan de zorgverleners aan verschillende kwaliteitsgroepen deelnemen

Niet alle kwaliteitsgroepen zullen tegelijkertijd het thema patiëntveiligheid oppakken. Ga ook in uw praktijk met patiëntveiligheid aan de slag als een van de kwaliteitsgroepen het thema op de agenda heeft. Als een andere kwaliteitsgroep vervolgens aan de slag gaat, kunnen de in uw praktijk opgedane ervaringen een belangrijke bijdrage leveren. Ook kunt u door uw ervaringen de andere kwaliteitsgroep(en) enthousiasmeren om aan de slag te gaan met patiëntveiligheid.

Meer weten over patiëntveiligheid?

De e-learning 'Patiëntveiligheid: wat en hoe?' is niet alleen beschikbaar voor personen die met deze module aan de slag gaan, maar ook voor alle individuele zorgverleners die meer willen weten over wat patiëntveiligheid is.

Deze e-learning - met specifieke casuïstiek en voorbeelden per beroepsgroep - is gericht op bewustwording en kennisvermeerdering rondom patiënt-veiligheid. Aspecten die daarbij aan de orde komen zijn onder andere de definities van een incident en schade, het ontstaan van (bijna-)incidenten, de rol van de patiënt, het belang van en de mogelijke werkwijzen voor het melden en analyseren van incidenten. Voor meer informatie over deze e-learning zie fase 1b in deze module.



Lees voordat u verder gaat de begripsdefinities in de begrippenlijst.

Voor achtergrondinformatie verwijzen wij u naar de literatuurlijst in deze module.

Problematiek en verantwoordelijkheden

Patiëntveiligheid krijgt steeds meer aandacht in de gezondheidszorg. Met de patiëntveiligheid in de eerste lijn is het in het algemeen vrij goed gesteld. Onderzoek toont aan dat er procentueel betrekkelijk weinig incidenten plaatsvinden met merkbare gevolgen voor de patiënt (Harmsen et al., 2009; Gaal et al., 2010). De meeste gevolgen zijn beperkt en van tijdelijke aard. Slechts in enkele gevallen is er sprake van permanente - niet-levens-bedreigende - schade of een ziekenhuisopname vanwege tijdelijke schade. Toch is het aantal (bijna-)incidenten in absolute aantallen aanzienlijk. Dit heeft te maken met de hoeveelheid patiënten die jaarlijks te maken hebben met de eerstelijnszorg.

Bij een incident met directe (psychische of lichamelijke) gevolgen voor de patiënt is direct contact met die patiënt heel belangrijk. De betrokken zorgverlener dient alles in het werk te stellen om de schade voor de patiënt te herstellen of zo veel mogelijk te beperken. Daarnaast is het belangrijk dat de zorgverlener en de collega's leren van elkaars (bijna-)incidenten: hoe kwam het en hoe kunnen we dit in de toekomst voorkómen?

Niet alle incidenten hebben directe schadelijke gevolgen voor de patiënt. Soms kunnen incidenten in theorie tot schade leiden, maar dit in de praktijk niet doen. Bovendien kunnen onbedoelde gebeurtenissen met kans op letsel aan de patiënt worden opgemerkt en gecorrigeerd voordat deze de patiënt konden bereiken. We spreken in dit laatste geval van bijna-incidenten.

Let op!
Wij gaan er in deze module vanuit dat u de richtlijnen van uw eigen beroepsgroep volgt bij de zorgverlening aan uw patiënten.

Verantwoordelijkheden

De verantwoordelijkheid voor patiëntveiligheid ligt primair bij u als zorgaanbieder. Uw zorgsysteem (= het geheel van structuren, processen, procedures en personen in uw praktijk) moet zodanig ingericht zijn dat de patiëntveiligheid in uw praktijk zo optimaal mogelijk gewaarborgd is.

Uiteraard heeft de patiënt ook een eigen verantwoordelijkheid. De patiënt is zelf verantwoordelijk voor het informeren van zorgverleners over zijn of haar gezondheidstoestand, die relevant is voor een optimale zorgverlening. De patiënt moet zich daar van bewust zijn of worden. Daarbij kunt u ook een rol spelen.

De zorgaanbieder

Voor het verbeteren van de patiëntveiligheid is het belangrijk dat u de zwakke onderdelen in uw zorgsysteem kent. Deze zwakke onderdelen kunt op verschillende manieren opsporen. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het uitvoeren van een prospectieve risicoanalyse van uw zorgsysteem en het in kaart brengen en analyseren van incidenten en bijna-incidenten in uw praktijk.

Bij een prospectieve risicoanalyse van uw zorgsysteem gaat u voor uzelf na wat u goed doet in uw praktijk, wat er beter kan en waar u meer aandacht aan moet besteden.

Ook inzicht in vaak voorkomende problematiek bij uw beroepsgroep - gesignaleerd door bijvoorbeeld de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) - kan u daarbij helpen. Beroepsorganisaties hebben vaak al specifieke risico's voor de beroepsgroep in kaart gebracht. U kunt nagaan of deze ook in uw praktijk spelen.

Door incidenten en bijna-incidenten in kaart te brengen en te analyseren kunt u de onderliggende oorzaken opsporen. Meestal treedt schade namelijk pas op na een aaneenschakeling van fouten die onvoldoende of niet opgemerkt zijn bij controlemomenten. Incidenten zijn dan ook vaker toe te schrijven aan organisatorische of systeemproblemen dan aan menselijke vergissingen. U kunt na het opsporen van de oorzaken verbeteracties bedenken en uitvoeren om de incidenten in de toekomst zoveel mogelijk te voorkomen.



Had ik als mondhygiënist maar eerder geweten dat mevrouw de Jong bloedverdunners gebruikt.

Voor het in kaart brengen van incidenten en bijna-incidenten is in uw praktijk een 'veiligheidscultuur' (zie Begrippenlijst) noodzakelijk. Een dergelijke cultuur wil zeggen dat zowel de zorgverleners als de andere medewerkers in uw praktijk zich bewust zijn van het risicovolle karakter van het eigen handelen. En dat zij bereid zijn incidenten en bijna-incidenten te bespreken om daarvan te leren.



Maak gebruik van patiëntveiligheids-kaarten. U vindt een overzicht van al bestaande patiëntveiligheidskaarten op www.mijnzorgveilig.nl. U kunt als zorgverlener de kaarten niet alleen downloaden maar ook een eigen kaart maken of teksten bewerken en op maat maken.

De patiënt

Een patiënt zal u als zorgverlener eerder relevante informatie geven als hij of zij daar het belang van inziet. U kunt de patiënt daarbij helpen door het geven van goede mondelinge en schriftelijke voorlichting over de rol van de patiënt. Attendeer de patiënt op de informatie die voor u belangrijk is voor het geven van een optimale zorgverlening.

Plan voor verbeteren patiëntveiligheid

U vindt hier een overzicht van de activiteiten noodzakelijk voor het verbeteren van de patiëntveiligheid in uw praktijk. De activiteiten staan zoveel mogelijk in chronologische volgorde van tijd onder en naast elkaar geplaatst. De volgende pagina's bevatten een toelichting en achtergrondinformatie bij de diverse onderdelen.

Plan voor verbeteren patiëntveiligheid

Algemene voorbereiding

- groepssamenstelling bepalen (a)
- coördinator aanstellen (b)

Fase 1 Enthousiasmeren en bewustwording

Kwaliteitsgroep	(Groeps)praktijk
startbijeenkomst (1a)	inventariseren patiëntveiligheid (1c)
attenderen op individuele nascholing (1b)	inventariseren veiligheidscultuur (1d)
inventariseren en bespreken patiëntveiligheid en selecteren verbeterpunten (1c)	voorbereiden startbijeenkomst (1e)

Fase 2 Werkwijze aanpak verbeterpunten patiëntveiligheid

Kwaliteitsgroep	(Groeps)praktijk
afstemmen werkwijze (2a)	kiezen werkwijze (2a)
	opstellen procedure (2b)
	maken activiteitenplan (2c)

Fase 3 Aan de slag

Kwaliteitsgroep	(Groeps)praktijk
regelmatig uitwisselen van ervaringen, werkwijze, knelpunten en verbeteracties van (groeps)praktijken (3b)	uitvoeren startbijeenkomst (3a)
	uitvoeren individuele nascholing (3a)
	uitvoeren nieuwe werkwijze (3a)
	bewaken voortgang (3a)
	terugkoppeling naar betrokkenen (3a)

Fase 4 Evalueren en borgen

Kwaliteitsgroep	(Groeps)praktijk
bespreken evaluaties (proces en effect) van (groeps)praktijken (4c)	procesevaluaties (4a)
	effectevaluaties (4b)
	rapportages (4a en b)
	borgen in procedures (4d)

Algemene voorbereiding

Voordat u aan de slag gaat met het verbeteren van de patiëntveiligheid voert u een aantal voorbereidende activiteiten uit. De belangrijkste zijn:
a. bepalen groepssamenstelling
b. aanstellen coördinator

a. Bepalen groepssamenstelling

We raden u aan het onderwerp patiëntveiligheid op de agenda te plaatsen van uw kwaliteitsgroep. De zorgverleners in deze bredere monodisciplinaire overleggroep kunnen gezamenlijk werken aan bewustwording en elkaar (blijven) enthousiasmeren om met patiëntveiligheid in de praktijk aan de slag te gaan. Bovendien kunnen de zorgverleners samen werken aan bijvoorbeeld protocollen en leren van elkaars ervaringen in de praktijk door het onderwerp meerdere malen op de agenda te plaatsen. Stel vast of u in uw kwaliteitsgroep met patiëntveiligheid aan de slag wilt gaan.

U gaat vervolgens praktisch aan de slag met het verbeteren van de patiëntveiligheid in de (groeps)praktijken. Zijn er meerdere zorgverleners (en andere medewerkers) in uw praktijk werkzaam, dan kunt u zich beperken tot uw eigen praktijk. Bij solo- en duopraktijken bevelen wij u aan om samenwerking te zoeken met een beperkt aantal collega's uit andere (solo)praktijken (zie *Inleiding*).



Ik heb een fout gemaakt. Wat kunnen wij er nu van leren voor een betere patiëntveiligheid?

b. Aanstellen coördinator

Het is belangrijk dat één persoon de verschillende fasen coördineert. Benoem voor de kwaliteitsgroep én voor elke (groeps)praktijk een collega als coördinator die qua teamrol of takenpakket het beste hiervoor in aanmerking komt.

De taken van een coördinator kwaliteitsgroep en van een coördinator in een (groeps)praktijk zijn:
- creëren van draagvlak
- benoemen van risicogebieden
- motiveren van betrokkenen
- maken van voorstel voor verbeterpunten en werkwijze
- opstellen van procedure
- organiseren en voorbereiden van bijeenkomsten
- bewaken van de voortgang
- aanspreekpunt bij vragen en problemen
- heldere communicatie

Aanvullend kan de coördinator in een (groeps)praktijk de volgende taken hebben:

- creëren van een veilig meldklimaat
- motiveren van collega's en medewerkers
- verzamelen van (bijna-)incidenten
- opstellen van verbeteracties (bij melden/analyseren van incidenten samen met analysegroep)
- signaleren van en reageren op knelpunten
- evalueren
- toezien op borging van activiteiten
- contact onderhouden met coördinator kwaliteitsgroep

Fase 1 Enthousiasmeren en bewustwording

Het is belangrijk dat alle betrokkenen in uw praktijk en kwaliteitsgroep zich bewust zijn van het belang van patiëntveiligheid en hun eigen rol daarbij. Ook is het belangrijk dat alle betrokkenen weten hoe het is gesteld met de patiëntveiligheid in hun praktijk. Er moet voldoende draagvlak zijn voor een gezamenlijke aanpak. Besluit u als kwaliteitsgroep om specifiek aan de slag te gaan met het melden en bespreken van incidenten en bijna-incidenten, dan is het belangrijk dat alle betrokkenen zich vrij voelen om dit te doen. Ook hieraan besteedt u dan aandacht in deze eerste fase. De eerste fase is dus gericht op enthousiasmeren, bewustworden en creëren van een veilige sfeer.

Belangrijke activiteiten in deze fase zijn:
a. startbijeenkomst voor kwaliteitsgroep
b. individuele scholing
c. inventariseren patiëntveiligheid
d. inventariseren veiligheidscultuur
e. voorbereiden startbijeenkomst voor (groeps)praktijken

U vindt in deze en volgende fasen naast elke activiteit een kader met de doelgroep van de activiteit. Sommige activiteiten zijn alleen voor de kwaliteitsgroep, andere alleen voor de (groeps)praktijk en weer andere voor zowel kwaliteitsgroep als (groeps)praktijk.

Kwaliteitsgroep

1a. Startbijeenkomst voor kwaliteitsgroepen

Organiseer een startbijeenkomst voor de kwaliteitsgroep. Doe dit voordat u met patiëntveiligheid in de (groeps)praktijken aan de slag wilt gaan. Deze startbijeenkomst is een goede aftrap voor het enthousiasmeren en vergroten van de bewustwording van de zorgverleners. Ook kunt u de aanpak in (groeps)praktijken op elkaar afstemmen.

TIP

Het KNGF heeft voor IOF-groepen de handleiding 'Verbeteren patiënt-veiligheid in uw praktijk' beschikbaar. Deze handleiding beschrijft vier bijeenkomsten waarin fysio-therapeuten kunnen werken aan het verbeteren van de patiëntveiligheid. Voor meer informatie zie www.fysionet.nl.

Voorbeelden van aspecten die u aan bod kunt laten komen, zijn:
- achtergronden, zoals belang van patiëntveiligheid, verantwoordelijkheden, risicoanalyse en melden van (bijna-)incidenten
- belang van individuele scholingsmogelijkheid
- resultaten inventarisatie veiligheid in praktijk van deelnemers en risico-gebieden van beroepsgroep (zie fase 1c)
- selecteren verbeterpunten patiëntveiligheid
- mogelijkheden aanpak voor (groeps)praktijken (welke materialen, formulieren, protocollen en dergelijke zijn al beschikbaar?)
- wijze van betrekken van patiënt
- maken van afspraken over het leren van elkaars ervaringen
- plannen van een of meerdere (evaluatie)overleggen over bijvoorbeeld stand van zaken, ervaringen, afstemming van werkwijze, meldingen, verbeteracties in de (groeps)praktijken en borgen van activiteiten
- maken van afspraken over samenwerking tussen (solo)praktijken

U vindt in bijlage 1 een leidraad voor deze startbijeenkomst.

(Groeps)praktijk

Meer informatie over de e-learning 'Patiëntveiligheid: wat en hoe?' kunt u vinden op de nascholingswebsite van het IVM (www.nascholing-medicijngebruik.nl). U kunt zich aanmelden voor de e-learning via de webshop op deze website.

1b. Individuele scholing

Ter voorbereiding op het gezamenlijk verbeteren van de patiëntveiligheid kunnen individuele zorgverleners de e- learning 'Patiëntveiligheid: wat en hoe?' volgen. Attendeer alle betrokkenen van de kwaliteitsgroep en van de (groeps)praktijken op de mogelijkheid van het volgen van deze e-learning.

De e-learning is gericht op bewustwording en kennisvermeerdering over aspecten zoals:

- Wat is patiëntveiligheid?
- Wat is de rol van de patiënt?
- Wat zijn incidenten, bijna-incidenten en calamiteiten?
- Wat is schade?
- Welke methoden en materialen zijn beschikbaar voor het verbeteren van de patiëntveiligheid?
- Hoe ontstaan (bijna-)incidenten?
- Wat is het belang van melden van incidenten en bijna-incidenten?
- Wat is zinvol om te melden? (inclusief voorbeelden)

Kwaliteitsgroep (Groeps)praktijk

1c. Inventariseren patiëntveiligheid

U kunt op verschillende manieren inventariseren hoe het gesteld is met de patiëntveiligheid in uw praktijk.

U kunt de checklist 'Hoe veilig is uw praktijk?' downloaden op de website www.zorgvoorveilig.nl.

U kunt gebruik maken van de checklist 'Hoe veilig is uw praktijk?' (zie bijlage 2). Daarmee brengen individuele zorgverleners voor zichzelf in kaart in welke mate hun praktijk patiëntveilig is, op welke manier zij patiënten betrekken bij patiëntveiligheid, waar knelpunten zitten, wat beter kan en waar ze meer aandacht aan moeten besteden. Daarnaast kunt u inventariseren welke problematiek en risicogebieden bekend zijn voor uw vakgebied, bijvoorbeeld op basis van signalering door de IGZ, landelijke meldweken of andere inventarisaties, analyses en/of indicatoren.

TIPS

- Ga bij uw beroepsorganisatie na welke risico's voor uw beroepsgroep bekend zijn. Vervolgens kunnen de individuele zorgverleners bekijken of die risico's ook in hun praktijk aanwezig zijn.
- Fysiotherapeuten die feedback hebben gekregen in het kader van het Kwaliefy project, kunnen feedback rondom patiëntveiligheid ook meenemen.

We noemen een dergelijke inventarisatie een prospectieve risicoanalyse. De resultaten van deze risicoanalyse kunt u als vertrekpunt gebruiken zowel bij de startbijeenkomst van de kwaliteitsgroep (zie 1a) als bij de start-bijeenkomsten van de (groeps)praktijken (zie 1e). U laat daarvoor de deelnemers van de startbijeenkomst voorafgaand aan de bijeenkomst de risicoanalyse in hun praktijk uitvoeren aan de hand van de checklist 'Hoe veilig is uw praktijk?'. Ook kunnen zij in hun kwaliteitsjaarverslag nagaan of bepaalde aspecten rondom patiëntveiligheid voor verbetering in aanmerking komen. U als coördinator gaat de bekende risico's voor uw beroepsgroep na (zie ook TIPS). Tijdens de bijeenkomst presenteert u de resultaten. De deelnemers krijgen daardoor inzicht in de knelpunten en daarmee ook de verbeterpunten in hun beroepsgroep en in hun praktijk. Door te werken aan die verbeterpunten kunnen incidenten en bijna-incidenten voorkómen worden.

Nadat u in uw kwaliteitsgroep heeft vastgesteld welke aspecten beter kunnen, gaat u een aanpak daarvoor nader uitwerken (zie fase 2).

(Groeps)praktijk

De SCOPE-vragenlijst is vanaf medio januari 2012 online beschikbaar voor diverse zorgverleners in de eerste lijn. Voor meer informatie zie www.zorgvoorveilig.nl.

1d. Inventariseren veiligheidscultuur

Een inventarisatie van de veiligheidscultuur is vooral zinvol als u in uw (groeps)praktijk aan de slag wilt gaan met het melden en bespreken van incidenten en bijna-incidenten. Hiervoor is het namelijk belangrijk dat alle betrokken zorgverleners en medewerkers zich vrij voelen om te melden, dus dat er sprake is van een veilig meldklimaat. U kunt de huidige veiligheids-cultuur binnen uw praktijk vaststellen met de SCOPE-vragenlijst (Systematisch Cultuur Onderzoek Patiëntveiligheid Eerste lijn).

Nadat alle betrokkenen in de praktijk de SCOPE-vragenlijst hebben ingevuld, krijgt u zicht op de bij u heersende veiligheidscultuur. Uw scores worden met elkaar vergeleken en u krijgt tips over wat u met elkaar kunt bespreken bij een lage score.



Is onze overlegcultuur zo open dat we ook onze vergissingen kunnen bespreken?

TIP

Blijf niet hangen op een niet optimale veiligheidscultuur. De praktijk wijst uit dat een veiligheidscultuur kan groeien door gewoon te starten met het melden van incidenten. Inzicht in de veiligheidscultuur bij de start helpt wel bij het kiezen van de juiste aanpak bij de implementatie.

U kunt de resultaten van de SCOPE-vragenlijst presenteren tijdens de startbijeenkomst van uw praktijk (zie fase 1e). Laat dan voorafgaand aan de startbijeenkomst alle betrokkenen de vragenlijst invullen. Afhankelijk van de veiligheidscultuur in uw praktijk kunt u ook afspreken of iedereen alleen eigen incidenten meldt of ook waargenomen incidenten bij collega's.

We gaan er in deze module vanuit dat u het melden en analyseren van (bijna-) incidenten in uw (groeps)praktijk uitvoert (zie fase 2a) en niet gezamenlijk met de hele kwaliteitsgroep. Wilt u dit toch, besteed dan extra aandacht aan een veilig meldklimaat en de eventuele verschillen tussen praktijken.

(Groeps)praktijk

1e. Voorbereiden startbijeenkomst voor (groeps)praktijken

Ook in (groeps)praktijken is een startbijeenkomst een goede aftrap. In deze startbijeenkomst enthousiasmeert u alle zorgverleners en andere medewerkers in uw praktijk om aan de slag te gaan met patiëntveiligheid. Daarnaast is deze bijeenkomst gericht op het maken van concrete afspraken over de werkwijze in de praktijk.

Voorbeelden van aspecten die u aan bod kunt laten komen, zijn:
- achtergronden, zoals belang van patiëntveiligheid, verantwoordelijkheden, risicoanalyse en melden van (bijna-)incidenten
- resultaten inventarisatie veiligheid in eigen praktijk en risicogebieden van beroepsgroep
- meldklimaat (resultaten SCOPE-vragenlijst)
- motivatie en verwachtingen van betrokkenen
- voorstel voor en uitleg over werkwijze
- maken van afspraken

Aanvullend voor praktijken die met melden en analyseren van (bijna-) incidenten aan de slag gaan:
- voorbeelden van relevante meldingen
- praktisch oefenen met melden en bespreken van incidenten
- wijze van omgaan met meldingen (in werkoverleg)

U vindt in bijlage 3 een leidraad voor deze startbijeenkomst.

Fase 2 Werkwijze aanpak verbeterpunten patiëntveiligheid

U heeft in de startbijeenkomst van de kwaliteitsgroep vastgesteld welke aspecten van patiëntveiligheid voor verbetering in aanmerking komen en welke verbeterpunten u in eerste instantie in uw praktijk wilt aanpakken. In deze fase gaat u de werkwijze nader uitwerken. Pas dan kunnen alle betrokkenen in uw praktijk ermee aan de slag gaan.

Kies een werkwijze die zoveel mogelijk aansluit bij de wensen en mogelijkheden in uw praktijk. Probeer - voordat u aan de slag gaat in uw praktijk - uw gekozen werkwijze zoveel mogelijk af te stemmen met uw collega's in de kwaliteitsgroep. Dit zal echter niet altijd mogelijk zijn door verschillen in mogelijkheden en thema's tussen (groeps)praktijken. Werk de gekozen aanpak uit. Maak een overzicht van alle komende activiteiten, zodat u overzicht houdt van wie welke activiteiten wanneer uitvoert.

Belangrijke activiteiten in deze fase zijn:
a. kiezen werkwijze
b. opstellen procedure
c. maken activiteitenplan

Let op!
De volledige werkwijze bij melden en analyseren van (bijna-)incidenten bestaat uit een viertal belangrijke onderdelen:
1. **melden van incidenten en bijna-incidenten**
2. **analyseren van (bijna-)incidenten**
3. **leren van (bijna-)incidenten**
4. **uitvoeren van verbeteracties**

In deze fase geven we een beschrijving van de benodigde activiteiten voor de onderdelen 1 en 2. De werkwijze hierbij is voor veel praktijken nieuw. Bovendien zijn bepaalde randvoorwaarden belangrijk en moeten diverse keuzes in de werkwijze gemaakt worden. Daarom krijgt de beschrijving van de werkwijze van melden en analyseren van (bijna-)incidenten uitgebreid aandacht in fase 2a.

(Groeps)praktijk

2a. Kiezen werkwijze

Een geschikte werkwijze voor de aanpak van de verbeterpunten op het gebied van patiëntveiligheid is afhankelijk van uw gekozen verbeterpunt(en). Wij geven u hier enkele voorbeelden.

TIP

Ga ook na voor welke processen u nog geen procedure heeft en waarvoor dat wel wenselijk is.

Werkwijze optimaliseren procedures

Als een procedure niet aansluit op de wensen en behoeftes in de praktijk of leidt tot (bijna-)incidenten van zorgverleners of klachten van patiënten, is aanpassing van de procedure noodzakelijk. Uiteraard kunt u ook op structurele basis periodiek procedures bijstellen. Een mogelijke werkwijze hierbij is:

- Laat alle betrokkenen individueel aangeven wat wel en niet werkt in de procedure.
- Bespreek de bevindingen en denk na over alternatieven.
- Maak een voorstel voor aanpassingen en bespreek deze met elkaar.
- Test deze aanpassingen in de praktijk.
- Stel de wijzigingen in de procedure definitief vast.

Werkwijze naleving richtlijnen en procedures

Uitgangspunt bij een optimale patiëntveiligheid is dat u als zorgverlener de richtlijnen van uw beroepsgroep en de procedures in uw praktijk naleeft. In de praktijk blijkt dit niet altijd gemakkelijk te zijn. Een mogelijke werkwijze bij de verbetering van de naleving van richtlijnen en procedures is:

- Bespreek de richtlijn of procedure in het werkoverleg.
- Laat - indien mogelijk met cijfers - zien op welke aspecten en in welke mate de betrokkenen afwijken van de richtlijn of procedure.
- Maak afspraken ter verbetering. Formuleer hierbij resultaatdoelstellingen.
- Evalueer na enige tijd of de afspraken zijn nagekomen en maak zo nodig nieuwe afspraken.

Werkwijze betrokkenheid patiënten

U kunt op verschillende manieren patiënten meer betrekken bij het optimaliseren van de patiëntveiligheid. Enkele voorbeelden zijn:

- geven van goede mondelinge en schriftelijke voorlichting
- patiënten attenderen op de informatie die voor u belangrijk is voor het geven van een optimale zorgverlening (hierbij kunt u gebruik maken van patiëntveiligheidskaarten; zie www.mijnzorgveilig.nl)
- adequaat inspelen op klachten van patiënten
- incidenten laten melden door patiënten
- uitvoeren van patiëntervaringsonderzoek
- in elke procedure opnemen hoe u de patiënt wilt en kunt betrekken

Patiëntervaringsonderzoek

Een gestandaardiseerde systematiek voor het uitvoeren van patiëntervarings-onderzoek is de Consumer Quality Index (CQI). U kunt hiermee de kwaliteit van de zorg meten, analyseren en rapporteren vanuit het perspectief van de patiënt. Meer informatie over deze systematiek vindt u in het handboek CQI ontwikkeling (Sixma et al., 2008) en op de website van het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ; www.centrumklantervaringzorg.nl). Op deze website vindt u ook een CQI Vragenbank, waarin u kunt vinden welke vragen uit de CQI vragenlijsten voor uw beroepsgroep beschikbaar zijn.

Door cliënten bekeken

Door Cliënten Bekeken is een traject voor kwaliteitsverbetering, bekeken vanuit het oogpunt van de patiënt. De methode brengt het gesprek tussen cliënten en zorgaanbieders tot stand dat moet leiden tot kwaliteitsverbetering van de zorg. Na het meten van de ervaren kwaliteit met een CQI-vragenlijst werken zorgverleners via een gericht stappenplan samen met cliënten aan het verbeteren van de kwaliteit. Na volledig doorlopen van het kwaliteitstraject krijgen de zorgaanbieders het label 'Door Cliënten Bekeken' van de NPCF en worden ze vermeld op de website www.consumentendezorg.nl. Op dit moment wordt de methodiek gebruikt door gezondheidscentra, apotheken, oefentherapeuten en huisartsen. Daarnaast loopt er een pilot bij tandartspraktijken.
Zie voor meer informatie www.npcf.nl of www.argo-rug.nl.

Werkwijze verbeteren veiligheidscultuur

Werken aan de veiligheidscultuur is bijvoorbeeld belangrijk als u aan de slag wilt gaan met het melden en bespreken van incidenten en bijna-incidenten en in uw (groeps)praktijk het meldklimaat onvoldoende veilig is. Bekijk welke dimensies van de SCOPE-vragenlijst zwak scoren in uw praktijk en het meest voor verbetering in aanmerking komen. U kunt dus op verschillende manieren werken aan een betere veiligheidscultuur. Denk hierbij bijvoorbeeld aan:

- bespreken van situaties en gedrag waaraan iedereen zich stoort om zo te komen tot gezamenlijke verbeteracties
- open communicatie
- training gericht op het verbeteren van samenwerking en/of communicatie

U kunt op basis van de resultaten van de SCOPE-vragenlijst de werkwijze rondom het melden van (bijna-)incidenten zodanig vorm geven dat u rekening houdt met de zwakke dimensies. Enkele voorbeelden zijn:

- analysegroep samenstellen met collega's waarin iedereen vertrouwen heeft
- extra aandacht geven aan geheimhouding, anonieme terugkoppeling en dergelijke
- gefaseerd starten met melden, bijvoorbeeld alleen zorgverleners en nog geen medewerkers en/of niet melden voor je collega's (waar je niet bij was)

Gaat u met het melden en analyseren van (bijna-)incidenten aan de slag?
Uit meldingen kan blijken dat de (bijna-)incidenten het gevolg zijn van bijvoorbeeld verouderde procedures, onvoldoende naleving van richtlijnen of procedures en/of onvoldoende betrokkenheid van patiënten. Verbeteracties naar aanleiding van de meldingen zullen dan daarop gericht zijn. U kunt de hierboven genoemde voorbeelden van werkwijzen hiervoor ook gebruiken.

TIP

U vindt meer inhoudelijke achtergrondinformatie en voorbeelden over (bijna-)incidenten en het melden en analyseren ervan in de e-learning 'Patiëntveiligheid: wat en hoe?'

Werkwijze melden van incidenten

Indien u aan de slag wilt met het melden van incidenten en bijna-incidenten, is het belangrijk dat de volgende zaken duidelijk zijn bij alle betrokkenen:

- Wat kunnen we melden?
- Wanneer kunnen we melden?
- Waar of bij wie en hoe kunnen we melden?
- Welk meldformulier gebruiken we daarbij?
- Hoe registreren we de meldingen?

Wat kunnen we melden?

Wees helder over het verschil tussen (bijna-)incidenten, klachten en calamiteiten. Incidenten betreffen feitelijke fouten binnen het zorgsysteem. De patiënt is niet altijd betrokken of ontevreden. Niet alle incidenten hebben namelijk directe schadegevolgen voor de patiënt. Soms kunnen incidenten in theorie tot schade leiden, maar dit niet doen. Als een onbedoelde gebeurtenis met kans op letsel aan de patiënt wordt opgemerkt en gecorrigeerd voordat deze de patiënt kon bereiken, is er sprake van een bijna-incident. Klachten komen vanuit ontevredenheid van de patiënt en zijn gericht op genoegdoening daarvan. Dit zijn niet altijd incidenten. Als er sprake is van een calamiteit (= gebeurtenis die heeft geleid tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt), dan is er een wettelijke meldingsplicht bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Ook een calamiteit kunt u - na melding aan IGZ - intern analyseren. (Bijna-)incidenten die geen calamiteit zijn, brengt u niet naar buiten, maar meldt u aan de (interne) analysegroep

(zie werkwijze analyse meldingen). Deze groep gebruikt uw melding voor verbetering van de patiëntveiligheid in uw praktijk en kwaliteitsgroep.



Wat kunt u melden? Sommige praktijken zijn begonnen met 'alles wat niet de bedoeling was'.



Deel een incident nog dezelfde dag met een collega. Dat maakt het een 'gewoner' gespreksonderwerp, geeft steun en helpt om de meldstap te zetten.

Wanneer kunnen we melden?
U kunt kiezen voor doorlopend melden van incidenten of het melden beperken tot bepaalde periodes in het jaar (bijvoorbeeld met een thema). Beide werkwijzen hebben voor- en nadelen. Afhankelijk van de wensen en mogelijkheden in uw praktijk kiest u een van beide of een combinatie van beide.

Wij adviseren u in de kwaliteitsgroep af te spreken om eenzelfde methode en meldingsperiode te hanteren in de (groeps)praktijken. Indien u kiest voor bepaalde periodes in het jaar, zorg dan dat de duur van de periode zodanig lang is dat u voldoende meldingen krijgt om te bespreken.

Waar of bij wie en hoe kunnen we melden?
Spreek duidelijk af waar de betrokkenen meldingen kunnen deponeren. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een (afgesloten) bakje of brievenbus voor papieren meldingen of een speciaal mailadres voor digitale meldingen.

Maak bij voorkeur gebruik van een bestaand (al uitgeprobeerd) meldformulier. Bijlage 4A bevat een voorbeeld meldformulier dat gebaseerd is op het digitale meldformulier van VIM digitaal en gebruikt is bij de landelijke meldweken in 2010 en 2011. Bijlage 4B bevat het meldformulier dat NMT en CBO hebben gebruikt in het pilotproject 'Veilig Incident Melden in de tandartspraktijk'.

Een digitaal meldformulier blijkt in de praktijk een belangrijke succesfactor te zijn. Weeg de voor- en nadelen van zo'n digitale werkwijze af voor uw praktijk. Zorg voor Veilig - het patiëntveiligheidsprogramma voor de eerste lijn - zet zich in om een digitale meldmethode voor de hele eerste lijn mogelijk te maken. Het systeem is in 2011 nog in een ontwikkelstadium. Houd via uw eigen beroepsgroep de ontwikkelingen bij.



U kunt een voorbeeld van een Excelbestand downloaden op www.zorgvoorveilig.nl.

Hoe registreren we de meldingen?
Houd een registratie bij van meldingen en verbeteracties, bijvoorbeeld in Excel. Denk hierbij aan bijhouden van bijvoorbeeld:

- naam/nummer melding
- datum melding
- datum gebeurtenis
- betrokken medewerkers
- eventueel betrokken patiënt
- korte beschrijving
- wat had kunnen gebeuren
- ingeschat risico
- categorie oorzaak
- verbeteracties

Werkwijze analyse meldingen

Het is belangrijk dat de volgende zaken duidelijk zijn:

- Wie gaat de meldingen analyseren?
- Welke meldingen analyseert de analysegroep?
- Welke analysemethode gebruikt de analysegroep?

Wie gaat de meldingen analyseren?

Benoem twee (of maximaal drie) personen in uw (groeps)praktijk die de meldingen gaan verzamelen en analyseren. Deze personen zijn ook verantwoordelijk voor het terugkoppelen van de resultaten van de analyse van de meldingen. U kunt hen ook verantwoordelijk maken voor het formuleren - en eventueel uitvoeren - van verbeteracties in samenspraak met de overige betrokkenen in uw praktijk.

Laat de analysecommissie op regelmatige basis bij elkaar komen. Wacht niet tot er (voldoende) meldingen zijn om te bespreken. Als er geen of weinig meldingen binnenkomen, dan kan de analysecommissie acties bedenken om de meldingsbereidheid te vergroten.



Soms ontstaat een incident doordat men een bestaande werkwijze niet goed nakomt. De verbeteractie is dan het weer scherp stellen en regelmatig evalueren van die werkwijze.

Welke meldingen analyseert de analysegroep?

Voordat u aan de slag gaat met het analyseren van incidenten, is het zinvol om eerst de relevantie van een incident vast te stellen. Dat kan bijvoorbeeld op eenvoudige wijze aan de hand van de SAC-matrix (Safety Assessment Code). Hiermee bepaalt u de ernstscore van een incident, waarna u vervolgens keuzes kunt maken en prioriteiten stellen: welke incidenten gaan we (eerst) analyseren om verbetering mogelijk te maken. Zie bijlage 5 voor een beschrijving van de SAC-matrix.

Welke analysemethode gebruikt de analysegroep?

Een eenvoudige analysemethode is de visgraatmethode. Deze methode is gebaseerd op een eenvoudige systematiek en gezond verstand. De methode dwingt de analysegroep om eens rustig na te denken over de oorzaken van een (bijna-)incident. Men kan zich deze methode makkelijk eigen maken, zelfstandig of na een oefensessie onder begeleiding van een adviseur, begeleider of ondersteuner. Eventueel kunt u zich ook beperken tot het onderdeel 'doorvragen' in de visgraatmethode.

Niet altijd zal de analysegroep voldoende van het incident weten om een goede analyse te kunnen maken. Het is dan belangrijk dat de analysegroep navraag doet bij de melder. Zo voorkomt de analysegroep dat ze 'denken te weten' wat er mis is gegaan.

Zie bijlage 6 voor meer informatie over het visgraatmodel en hoe een analysebespreking er uit kan zien.



Elk incident is een feitelijk verhaal. Een goede incidentanalyse kan niet zonder het verhaal van de betrokkene(n).

(Groeps)praktijk

2b. Opstellen procedure

Nadat u gekozen heeft voor een bepaalde werkwijze - en indien mogelijk afgestemd heeft met de kwaliteitsgroep - beschrijft u deze in een (concept) procedure. Zo is voor iedereen duidelijk hoe en wat er gaat gebeuren. Benoem ook de taken en verantwoordelijkheden van de betrokkenen.

Voor praktijken die met melden en analyseren van (bijna-)incidenten aan de slag gaan

Een (concept)procedure voor het melden en analyseren van incidenten bevat bijvoorbeeld de volgende onderdelen:

- doel
- definities van begrippen
- vertrouwen en veiligheid
- werkwijze melden (zie fase 2a)
- werkwijze analyse meldingen (zie fase 2a)
- rapportage van geanalyseerde meldingen en verbeteracties
- monitoring implementatie verbeteracties en evaluatie effectiviteit van voorgestelde verbeteracties
- evaluatie van procedure

Zie bijlage 7 voor een voorbeeldprocedure.



De ideale methode bestaat niet. Kies een methode en begin. Al werkenderwijs past u die methode aan tot een methode die voor u goed werkt.

(Groeps)praktijk

2c. Maken activiteitenplan

Maak een activiteitenplan (of een 'to do' lijst) van alle voorbereidende activiteiten die nodig zijn voor de introductie van de nieuwe procedure. U krijgt hiermee inzicht op welke termijn u welke activiteiten kunt introduceren en u houdt een vinger aan de pols.

Bedenk in deze fase ook wat u wilt gaan evalueren en wanneer (zie fase 4). Dit kan betekenen dat u tijdens de uitvoeringsfase (fase 3) bepaalde zaken moet registreren. Houd daar dan rekening mee.

In bijlage 8 vindt u een voorbeeld activiteitenplan, uitgewerkt voor de introductie van het melden en analyseren van (bijna-)incidenten.

Fase 3 Aan de slag

In deze fase gaat u daadwerkelijk aan de slag met het verbeteren van de patiëntveiligheid in uw praktijk. Tevens blijft u elkaar in de kwaliteitsgroep enthousiasmeren voor het verbeteren van de patiënt.

(Groeps)praktijk

3a. Aan de slag voor (groeps)praktijken

U heeft hiervoor een activiteitenplan uitgewerkt (zie fase 2c en bijlage 8). Begin met de startbijeenkomst (zie fase 1e en bijlage 3), waarin u alle betrokkenen informeert en enthousiasmeert om aan de slag te gaan met het verbeteren van de patiëntveiligheid. Andere zinvolle activiteiten zijn:

Eenmalig

- individuele scholing over patiëntveiligheid (e-learning 'Patiëntveiligheid: wat en hoe?') betrokkenen

Doorlopend

- uitvoeren nieuwe procedure
- bewaken voortgang
- evaluaties (zie fase 4)
- rapportages (bijvoorbeeld voor jaarverslag)

Aanvullend voor praktijken die met melden en analyseren van (bijna-) incidenten aan de slag gaan:

- melden
- overleg van analysegroep voor analyse van meldingen en opstellen van verbeteracties
- terugkoppeling van meldingen en voorgenomen verbeteracties naar alle betrokkenen (in bijvoorbeeld vervolgbijeenkomsten of werkoverleggen)
- uitvoeren verbeteracties

Als na een tijd blijkt dat meerdere betrokkenen nog steeds of weer moeite hebben met melden, kunt u nogmaals de SCOPE-vragenlijst afnemen (zie fase 1d). Dit geeft u inzicht in de huidige veiligheidscultuur en biedt mogelijk nieuwe aangrijpingspunten voor bespreking en verbetering.

TIPS

- **Meld een maand lang ook alles wat u van patiënten hoort dat naar een (bijna-)incident verwijst (als u patiënten niet zelf laat melden).**
- **Vraag regelmatig of medewerkers twijfelden over wel of niet melden van bepaalde voorvallen. Bekijk samen of melden en analyseren zin had of nog steeds heeft.**
- **Houd melders en andere betrokkenen gemotiveerd. Blijf communiceren over soort meldingen, verbeteracties en wat die opleveren.**



Komen bepaalde bijna-incidenten vaker voor dan andere? Reden te meer daar wat aan te doen!

Kwaliteitsgroep

3b. Aan de slag voor kwaliteitsgroepen

Blijf elkaar ook na de startbijeenkomst (zie fase 1a en bijlage 1) in de kwaliteitsgroep enthousiasmeren voor het verbeteren van de patiëntveiligheid. Plan daarvoor tijdens de startbijeenkomst enkele vervolgbijeenkomsten waarin u de volgende aspecten aan bod kunt laten komen:

- elkaars ervaringen en werkwijze in kader van patiëntveiligheid
- geplande en in gang gezette verbeteracties
- knelpunten
- evaluaties (zie fase 4)

Aanvullend voor kwaliteitsgroepen die met melden en analyseren van (bijna-)incidenten aan de slag gaan:

- soort meldingen (bijvoorbeeld de meest voorkomende of opmerkelijkste)

Leer van elkaars ervaringen bijvoorbeeld door het overnemen van elkaars werkwijze en/of verbeteracties.



Vraag u altijd af hoe goed een verbeterplan is. Creëert de verbetering een bron van nieuwe problemen? Wordt de kans op een incident écht kleiner?

Fase 4 Evalueren en borgen

Om inzicht te krijgen in het verloop van de invoering en praktische uitvoering van de nieuwe procedure is het zinvol dat u het proces evalueert. Wij raden u aan regelmatig een procesevaluatie uit te voeren, zodat u snel inzicht krijgt in eventuele problematiek en daarop kunt inspelen. Daarnaast is het zinvol om bijvoorbeeld jaarlijks of halfjaarlijks de resultaten van de nieuwe procedure te evalueren (effectevaluatie), zodat u weet wat dit in uw praktijk voor de patiëntveiligheid heeft opgeleverd.

(Groeps)praktijk

4a. Regelmatige procesevaluatie

Bespreek vooraf wat u regelmatig wilt evalueren. Denk daarbij bijvoorbeeld aan:

- mate van tevredenheid van betrokkenen over de nieuwe procedure
- positieve ervaringen
- ervaren knelpunten
- mogelijke verbeterpunten
- benodigde en gewenste aanpassing van de procedure

Aanvullend voor praktijken die met melden en analyseren van (bijna-) incidenten aan de slag gaan:

- mate van tevredenheid van analysegroep
- mate van tevredenheid van betrokkenen over de verbeteracties
- waarom melden wel of niet lukt
- functioneren (digitaal) meldformulier en benodigde/gewenste aanpassingen

Laat de betrokkenen tijdens deze evaluaties ook aangeven of men het belang van het verbeteren van de patiëntveiligheid in de praktijk ook beleeft.

TIPS

- **Besteed regelmatig in een werkoverleg aandacht aan de nieuwe procedure. Dit is vooral van belang bij melden van incidenten. Het eerste enthousiasme voor melden vermindert namelijk vaak na verloop van tijd.**
- **Noteer in uw agenda wanneer u de tevredenheid over de uitvoering van verbeteracties wilt nagaan.**

(Groeps)praktijk

4b. (Half)jaarlijkse effectevaluatie

Stel vooraf vast wat u jaarlijks of halfjaarlijks wilt evalueren. Indien u aan de slag gaat met het melden en analyseren van incidenten kunt u bijvoorbeeld denken aan:

- aantal meldingen (ernst en type/onderwerp)
- aantal geanalyseerde meldingen
- aantal geplande en gerealiseerde verbeteracties

Ga na of doorgevoerde verbeteracties succes hebben en eventueel bijgesteld moeten worden. Daarnaast kan een jaarlijkse evaluatie aanleiding zijn om nogmaals te bekijken of reeds bekende beroepseigen of eerstelijns risico's ook vóórkomen in uw praktijk en aanleiding zijn voor verbeteracties (zie fase 1c). Ook als u over dergelijke risico's geen meldingen binnen krijgt, kan het zinvol zijn om verbeteringen door te voeren.

Kwaliteitsgroep

4c. Evalueren voor kwaliteitsgroepen

Plaats de resultaten van de proces- en effectevaluaties van de (groeps-) praktijken ook op de agenda van uw kwaliteitsgroep. Bespreek of de gevolgde procedures en bepaalde verbeteracties - eventueel na aanpassing - ook geschikt zijn voor invoering in andere praktijken. Maak afspraken over het overnemen van elkaars procedures en verbeteracties. Laat de leermomenten van dit overleg ook weer terugkomen in het (werk)overleg in de (groeps)praktijken.

(Groeps)praktijk

4d. Borgen

De nieuwe procedure is belangrijk voor het verbeteren van de patiënt-veiligheid en het bevorderen van de kwaliteit van zorg. Dit moet dan ook een structurele activiteit zijn. Neem de procedure daarom op in uw werkafspraken (formele verankering) en in de kalender met structurele overleg- en evaluatiemomenten van uw praktijk (praktische verankering).

Een extra prikkel (of 'stok achter de deur') bij het invoeren en warm houden van het verbeteren van de patiëntveiligheid vormt deelname van uw praktijk aan HKZ-certificering. Dit is een kwaliteitsborgende activiteit, die vraagt om het regelen en uitvoeren van procedures.

Bijlage 1

Startbijeenkomst voor kwaliteitsgroepen

Het doel van de startbijeenkomst is alle zorgverleners in de kwaliteitsgroep te enthousiasmeren voor werken aan een betere patiëntveiligheid in hun praktijk. Deze bijeenkomst gaat dus vooraf aan een (eventuele) start-bijeenkomst in de (groeps)praktijken (zie fase 1e en bijlage 3). U bespreekt in deze startbijeenkomst de achtergronden en de mogelijkheden voor het werken aan patiëntveiligheid en u maakt afspraken over vervolgactiviteiten. Gemiddeld duurt een startbijeenkomst 1 tot 1,5 uur.

Voorbeeldagenda

Inleiding (5 min)

- Presenteer het doel en het programma van de bijeenkomst.

Achtergronden (30 tot 45 min)

- Bespreek het belang van patiëntveiligheid, verantwoordelijkheden, de risicoanalyse en het melden van incidenten en bijna-incidenten. Wijs de deelnemers op de mogelijkheden van de e-learning 'Patiëntveiligheid: wat en hoe?'.
- Presenteer de resultaten van de inventarisatie patiëntveiligheid in de praktijk. Hiervoor laat u de leden van de kwaliteitsgroep voorafgaand aan de bijeenkomst een risicoanalyse uitvoeren (zie fase 1c). Presenteer ook de bekende risico's van uw beroepsgroep.
- Stel vast welke aspecten van patiëntveiligheid voor verbetering in aanmerking komen en welke de kwaliteitsgroep wil aanpakken.
- Geef uitleg over de mogelijke aanpak van de verbeterpunten in de (groeps)praktijken. Hierbij kunt u gebruik maken van de aanpak zoals beschreven in fase 2a.

TIP

Maak gebruik van de informatie in de paragraaf 'Problematiek en verant-woordelijkheden' in deze module.

Afspraken (30 min)

- Bespreek hoe u de patiënt wilt betrekken. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een inventarisatie van meningen en ervaringen van patiënten, het gebruik van patiëntveiligheidskaarten en posters in de wachtruimte. Maak hierover afspraken.
- Laat elke deelnemer aangeven hoe en wanneer de deelnemer het verbeteren van patiëntveiligheid wil aanpakken in de eigen praktijk. Denk daarbij aan de mogelijkheden zoals genoemd in fase 2a. Probeer daarbij zoveel mogelijk te komen tot een gezamenlijke of vergelijkbare aanpak. Leg de daarover gemaakte afspraken vast.
- Maak - indien nodig - afspraken over de samenwerking van solo- en duopraktijken.

TIP

Maak in eerste instantie globale afspraken over de aanpak. In een vervolgbijeenkomst kunt u de gekozen werkwijzen in de (groeps)praktijken - indien mogelijk - op elkaar afstemmen.

Afsluiting (10 min)

- Inventariseer welke vragen er nog zijn en bespreek deze waar mogelijk.
- Spreek af hoe en wanneer u de betrokkenen informeert over nog openstaande vragen.
- Stel data vast voor vervolgbijeenkomsten (zie kader).
- Sluit af door de gemaakte afspraken kort samen te vatten.

Vervolgbijeenkomsten

Tijdens de vervolgbijeenkomsten is het de bedoeling dat de deelnemers leren van elkaars ervaringen en elkaar blijven enthousiasmeren om werk te maken van een betere patiëntveiligheid. Daarbij kunt u bijvoorbeeld de volgende aspecten aan bod laten komen:

- **stand van zaken in de (groeps)praktijken**
- **ervaringen met invoering en nakomen van verbeteracties**
- **werkwijze in de (groeps)praktijken en afstemming**
- **resultaten in de (groeps)praktijken (bijvoorbeeld type/onderwerp meldingen en voorgenomen verbeteracties)**
- **knelpunten**
- **maken van afspraken over toepassen van elkaars werkwijze en verbeteracties**
- **evaluatie en borging van gemaakte afspraken in de (groeps)praktijken**



Checklist 'Hoe veilig is uw praktijk?'

U kunt de checklist 'Hoe veilig is uw praktijk?' downloaden op de website www.zorgvoorveilig.nl. Zolang de voorraad strekt is het ook mogelijk om gratis gedrukte exemplaren van de checklist te bestellen via info@zorgvoorveilig.nl.

Werken aan patiëntveiligheid kan op vele manieren:

1. Bewust zijn
Hoe door uw eigen doen en laten de veiligheid van de patiënt in het geding kan komen.

2. Risico's
De belangrijkste risico's voor uw beroepsgroep kennen.

3. Veilig werken
Werken volgens de richtlijnen en standaarden van uw eigen beroepsgroep en de afspraken in het samenwerkingsverband en/of de zorgketen.

4. Leren van incidenten
Veilig melden, analyseren, bespreken, verbeteracties uitvoeren. Bijvoorbeeld binnen de eigen praktijk, binnen lokaal/regionaal overleg of toetsgroep.

5. In gesprek gaan
In gesprek gaan met patiënten naar aanleiding van klachten, incidenten en calamiteiten.

6. Gespreksonderwerp
Als gespreksonderwerp van lopende inhoudelijke thema's, (home)team-bijeenkomsten, werkbesprekingen, patiëntenbesprekingen, toetsgroepen en dergelijke.

7. Kwaliteitsbeleid
Aan de slag met patiëntveiligheid als onderdeel van het kwaliteitsbeleid. Bijvoorbeeld in verband met praktijkaccreditering of certificering.

Hoe veilig is de praktijk en hoe veilig is mijn handelen?
U kunt de checklist op de volgende pagina gebruiken om na te gaan in hoeverre u zelf aandacht hebt voor patiëntveiligheid.

Datum	Altijd	Bijna altijd	Af en toe	Zelden	Nooit
Bewustzijn en inzet					
Ik ben mij bewust hoe door mijn doen of laten de veiligheid van de patiënt in het geding kan komen.					
Ik onderneem actie om dit risico te verkleinen en/of te voorkomen.					
Bereikbaarheid					
Voor spoedgevallen is de praktijk goed bereikbaar.					
Patiëntenzorg					
Diagnostiek en behandeling/begeleiding verlopen volgens de richtlijnen en standaarden.					
De hygiëne in de praktijk is op orde.					
Ik stem af met andere zorgprofessionals, waarbij de verantwoordelijkheden duidelijk zijn.					
Bij overdracht gaat alle relevante informatie mee.					
Ik weet zeker dat het patiëntdossier hoort bij de patiënt waar ik mee spreek.					
Ik zorg voor een actueel patiëntdossier.					
Ik realiseer me dat de patiënt thuis problemen kan hebben met het zelfstandig uitvoeren van voorschriften en adviezen.					
Ik werk hygiënisch en de ruimte(s), materialen en instrumenten zijn schoon.					
Leren van incidenten					
Ik vind het belangrijk om van eigen en andermans incidenten te leren.					
In onze praktijk zijn incidenten en calamiteiten bespreekbaar.					
Ik meld mijn eigen (bijna-)incidenten bij het afgesproken meldpunt.					
Ik voer verbeteracties naar aanleiding van incidenten uit.					
Kwaliteitsbeleid					
Ik zie het belang van verankering van patiëntveiligheid in werkplannen, handboeken en dergelijke.					
Ik zie het belang van verankering van patiëntveiligheid middels praktijkaccreditering of certificering.					
Ook belangrijk voor patiëntveiligheid zelf aan te vullen					

Bijlage 3

Startbijeenkomst voor (groeps)praktijken

Als u in de kwaliteitsgroep uw (groeps)praktijk vertegenwoordigt, dan is het belangrijk dat u het onderwerp ook in uw eigen praktijk introduceert, bijvoorbeeld door een startbijeenkomst. Het doel van de startbijeenkomst is alle betrokkenen te enthousiasmeren voor werken aan betere patiëntveiligheid en te informeren over de wijze waarop dat in de praktijk mogelijk is. U bespreekt daarbij de reeds ondernomen en geplande activiteiten, zodat iedereen goed op de hoogte is. Gemiddeld duurt een startbijeenkomst 1 tot 2 uur.

Voorbeeldagenda

Inleiding (5 min)

- Presenteer het doel en het programma van de bijeenkomst.

Achtergronden (20 min)

- Bespreek het belang van patiëntveiligheid en verantwoordelijkheden. Hierbij kunt u gebruik maken van de informatie in de paragraaf 'Problematiek en verantwoordelijkheden' in deze module.
- Presenteer de resultaten van de risicoanalyse. Hiervoor laat u alle betrokkenen in de praktijk voorafgaand aan de bijeenkomst de checklist 'Hoe veilig is uw praktijk?' invullen (zie fase 1c). Presenteer ook de bekende risico's van uw beroepsgroep.
- Bespreek welke aspecten voor verbetering in aanmerking komen en welke aspecten u al met de kwaliteitsgroep heeft afgesproken om gezamenlijk aan te pakken.
- Geef uitleg over de mogelijke aanpak van die aspecten (zie fase 2a).

Aanvullend voor praktijken die met melden en analyseren van (bijna-) incidenten aan de slag gaan (30-40 min)

- Presenteer de resultaten van de SCOPE meting van de veiligheidscultuur in uw praktijk. Hiervoor laat u alle betrokkenen in de praktijk voorafgaand aan de bijeenkomst de SCOPE-vragenlijst invullen (zie fase 1d). Ga met elkaar in gesprek - indien nodig - hoe u de veiligheidscultuur kunt vergroten (zie fase 2a voor een mogelijke aanpak).
- Geef uitleg over de werkwijze van het melden van incidenten (zie fase 2a). Denk hierbij bijvoorbeeld aan de meldprocedure, formulieren, analysemethode, wijze van terugkoppeling naar melders, rol van werkoverleg, taakverdeling en evaluatiemomenten.
- Geef voorbeelden van wat u relevante meldingen vindt.
- Oefen eventueel met casuïstiek over melden en bespreken van incidenten. Gebruik hierbij een of meerdere incidenten die u zelf onlangs gesignaleerd heeft. Laat de deelnemers individueel het meldingsformulier invullen en in groepjes mogelijke oorzaken benoemen. Bespreek de resultaten.

Bespreken activiteitenplan (30 min)

- Presenteer het activiteitenplan dat u vooraf heeft ingevuld (zie bijlage 8).
- Doorloop het activiteitenplan helemaal: wie doet wat en wanneer. Bespreek ook de activiteiten die al uitgevoerd zijn. Geef aan waarom bepaalde keuzes gemaakt zijn. Sta stil bij de rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende betrokkenen.
- Maak - indien nodig - aanvullende afspraken.

Afsluiting (10 min)

- Inventariseer welke vragen er nog zijn en bespreek deze waar mogelijk.
- Spreek af hoe en wanneer u de betrokkenen informeert over nog openstaande vragen.
- Stel data vast voor vervolgbijeenkomsten (zie kader).
- Sluit af door de gemaakte afspraken kort samen te vatten.

Vervolgbijeenkomsten

Tijdens de vervolgbijeenkomsten is het de bedoeling alle betrokkenen te stimuleren om te blijven werken aan de afgesproken verbeterpunten en op de hoogte te brengen van de resultaten. U kunt bijvoorbeeld de volgende aspecten aan bod laten komen:

- **motivatie van betrokkenen**
- **knelpunten en positieve ervaringen**
- **(tussentijdse) bereikte resultaten**
- **maken van afspraken over vervolgactiviteiten**

Aanvullend voor praktijken die met melden en analyseren van (bijna-)incidenten aan de slag gaan:

- **soort meldingen**
- **voorgenomen verbeteracties**

Bijlage 4A

Meldformulier VIM digitaal

Dit meldformulier is gebaseerd op het meldformulier van VIM digitaal van de landelijke meldweken in 2010 en 2011.

Datum melding:	**Datum gebeurtenis:**
Wie meldt?	
Naam:	**Functie:**
Gegevens patiënt	
Geslacht*: man/vrouw/geen patiënt betrokken	**Geboortejaar:**
Gegevens incident	
Datum incident:	
Plaats incident*: praktijkruimte/wachtkamer/buiten/bij patiënt thuis/overig nl:	
Omschrijf hier wat er precies is gebeurd:	
Heeft het incident de patiënt bereikt?*	**ja/nee**
Welke ongemakken/gevolgen/letsel heeft dit incident gehad voor de patiënt?*	**geen/klein/ernstig tijdelijk/ernstig permanent/overlijden/ onbekend/n.v.t.**
Welke ongemakken/gevolgen/letsel had dit incident kunnen hebben voor de patiënt wanneer het incident de patiënt wel had bereikt?*	**geen/klein/ernstig tijdelijk/ernstig permanent/overlijden/ onbekend/n.v.t.**
Heeft het incident betrekking op een geneesmiddel of geneesmiddelen?*	**ja/nee**
Waar in het proces is het voor het eerst fout gegaan?**	❑ **maken van afspraak** ❑ **intake** ❑ **triage** ❑ **diagnose** ❑ **behandeling/begeleiding** ❑ **controle** ❑ **overdracht** ❑ **verwijzing** ❑ **afsluiting behandeling/begeleiding**

Wat is de oorzaak van het incident?** **organisatorisch:** ❑ protocollen/richtlijnen ❑ patiëntdossier ❑ management ❑ onvoldoende deskundigheidsbevordering ❑ zorgverleners betrokken bij behandeling werken niet samen ❑ beschikbaarheid van zorg ❑ overig, nl: **technisch:** ❑ software ❑ apparatuur ❑ materialen/hulpmiddelen/verpakkingen ❑ overig, nl: **communicatie:** ❑ tussen zorgverleners ❑ richting patiënt ❑ gebruikte communicatiemiddelen ❑ overig, nl:	**menselijk handelen en gedrag:** ❑ niet naleven richtlijn/procedure ❑ geen controle uitgevoerd ❑ buiten bevoegdheid gehandeld ❑ vergissing gemaakt ❑ onvoldoende deskundigheid ❑ overig, nl: **patiënt:** ❑ therapieontrouw, niet meewerken aan behandeling ❑ niet nakomen afspraak ❑ onvoldoende informatie gegeven ❑ informatie niet begrepen ❑ patiënt niet te bereiken ❑ overig, nl: **overig, nl:**
Handelen na het incident	
Heeft dit incident geleid tot extra monitoring van de patiënt?*	**ja/nee**
Heeft dit incident geleid tot ziekenhuisopname?*	**ja/nee**
Is de patiënt op de hoogte gesteld?*	**ja/nee**
Is dit incident genoteerd in het dossier?*	**ja/nee**
Zijn er maatregelen genomen om dit incident in de toekomst te voorkomen?*	**ja/nee**
Verwacht u dat u maatregelen gaat nemen?*	**ja/nee/n.v.t.**
Overig:	
Wat is volgens u de kans op herhaling van het gemelde incident?**	❑ onwaarschijnlijk (<1 keer/jaar) ❑ zeldzaam (<5 keer/jaar) ❑ waarschijnlijk binnen enkele weken ❑ waarschijnlijk binnen enkele dagen ❑ niet in te schatten
Kunnen anderen van dit gemelde incident leren?*	**niets tot weinig/iets/redelijk/veel/zeker/niet in te schatten**
Hier kunt u tips geven hoe dit soort incidenten in de toekomst voorkomen kunnen worden:	

**Omcirkel wat van toepassing is.*
***Kruis aan wat van toepassing is.*

Dank u voor het invullen van dit formulier!

Bijlage 4B

Meldformulier pilotproject tandartspraktijken

Dit formulier kan gebruikt worden om een (bijna-)incident te melden. Een (bijna-)incident kan gezien worden als 'alles wat niet de bedoeling was' met betrekking tot de zorg rondom de patiënt.

Formulier helemaal invullen a.u.b.

1. Gegevens van de melder	❑ Tandarts ❑ Tandartsassistent ❑ Mondhygiënist ❑ Anders, nl.
2. Gegevens van de betrokken patiënt	Geboortejaar: Geslacht:
3. Omschrijving (bijna-)incident	
4. Type incident	❑ Technisch ❑ Menselijk handelen en gedrag (zorgverlener) ❑ Organisatorisch ❑ Communicatie ❑ Patiënt
5. Wanneer is het incident gebeurd?	Dag: Tijdstip:
6. Wanneer is het incident ontdekt?	Dag: Tijdstip:
7. Hoe is het (bijna-)incident ontdekt en door wie?	
8. Gevolgen (bijna-)incident ◗ **Heeft het (bijna-)incident de patiënt bereikt?** ◗ **Wat zijn de feitelijke gevolgen voor de patiënt?**	❑ Ja ❑ Nee ❑ Geen ongemak/letsel bij de patiënt ❑ Klein letsel bij de patiënt ❑ Ernstig tijdelijk letsel bij de patiënt ❑ Ernstig permanent letsel bij de patiënt ❑ Overlijden ❑ Onbekend
9. Hoe groot is de kans op herhaling van het incident?	❑ Niet ❑ Laag ❑ Redelijk ❑ Hoog ❑ Zeker

10. Wat was volgens u de oorzaak van het (bijna-)incident? *Meerdere antwoorden mogelijk*	*Oorzaken gerelateerd aan technische aspecten* ❑ Software systeem ❑ Apparatuur ❑ Materialen/hulpmiddelen ❑ Overig/toelichting: *Oorzaken gerelateerd aan menselijk handelen en gedrag (zorgverleners)* ❑ Richtlijn/procedure wordt niet nageleefd ❑ Geen controle uitgevoerd ❑ Buiten bevoegdheid gehandeld ❑ Vergissing gemaakt ❑ Onvoldoende deskundigheid ❑ Overig/toelichting: *Oorzaken gerelateerd aan organisatie* ❑ Protocollen/richtlijnen ❑ Patiëntendossier is niet op orde ❑ Management ❑ Onvoldoende deskundigheidsbevordering ❑ Zorgverleners binnen dezelfde organisatie werken niet samen ❑ Overig/toelichting: *Oorzaken gerelateerd aan communicatie* ❑ Communicatie tussen zorgverleners ❑ Communicatie richting patiënt ❑ Overig/toelichting: *Oorzaken gerelateerd aan patiënt* ❑ Therapieontrouw, niet meewerken aan de behandeling ❑ Niet nakomen afspraak ❑ Onvoldoende informatie geven ❑ Patiënt niet te bereiken ❑ Overig/toelichting: *Overige oorzaken: toelichten a.u.b.*
11. Welke acties zijn er ondernomen?	❑ Besproken met de cliënt ❑ Gerapporteerd in het dossier ❑ Besproken tijdens overleg in de praktijk ❑ Besproken tijdens regionaal overleg ❑ Anders, nl.
12. Zijn er leerpunten die u hieruit kunt halen?	❑ Ja ❑ Nee Toelichting:
13. Benoem verbeteracties	

Bronnen meldformulier

- Meldingsformulier (bijna) incidenten patiëntveiligheid, IQ Healthcare, 2009.
- Meldformulier Zwolse Veiligheids Meldweek Antistolling, Isala Klinieken, 2009.
- Meldformulier Vierstroomverzorging.
- Meldformulier Landelijke meldweek eerstelijnszorg 2010.
- Sneller Beter Draaiboek Veilig Incident Melden, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, i-BMG, Orde van Medisch Specialisten, 2008.

Bijlage 5

SAC-matrix

Let op!
Veel incidenten kunnen *in het allerergste geval* grote of catastrofale gevolgen hebben. Schat de ernst van een incident realistisch in (wat is normaal gesproken het gevolg). Zo voorkómt u dat u incidenten onnodig te ernstig inschat.

SAC staat voor Safety Assessment Code. Met de SAC-matrix kunt u inschatten hoe problematisch een incident kan (of had kunnen) zijn. Daarbij houdt men zowel rekening met de ernst als de frequentie van het incident (zie tabel 1). U kunt met een dergelijke matrix keuzes maken of prioriteiten stellen bij het voorkómen van incidenten.

De mate van ernst onderscheidt men in:

catastrofaal overlijden of ernstig permanent letsel en/of intensieve medische behandeling

groot klein permanent letsel en/of ernstig tijdelijk letsel en/of ziekenhuisopname noodzakelijk en/of mogelijk veel extra kosten

matig klein tijdelijk letsel en/of extra behandeling in de tweede lijn noodzakelijk (geen opname) en/of conflict met patiënt door vertrouwensbreuk en/of mogelijk veel extra kosten

klein ongemak voor patiënt zoals wachttijd, extra behandeling in de eerste lijn noodzakelijk, irritatie en/of weinig extra kosten en/of geen letsel of geen gevolgen

Tabel 1 SAC-matrix

Frequentie	Ernst			
	Catastrofaal	Groot	Matig	Klein
Wekelijks	4	3	3	2
Maandelijks	4	3	2	1
Jaarlijks	4	2	1	1
< 1x per jaar	3	2	1	1

Bron: NHG-leidraad Procedure Veilig Incident Melden (VIM) (2009)

De analysegroep maakt een inschatting van de ernstscore op basis van mogelijk ontstane schade en niet op basis van de feitelijke schade op het moment van de melding. Wij adviseren u niet alle meldingen te analyseren. U kunt uw keuze bijvoorbeeld baseren op:

- alleen de - voor u - hoogste of twee hoogste ernstscores
- onbekendheid van oorzaak
- hoe belangrijk het voor u is om het (bijna-)incident nooit meer te laten voorkomen

Bijlage 6

Visgraatmethode

TIP

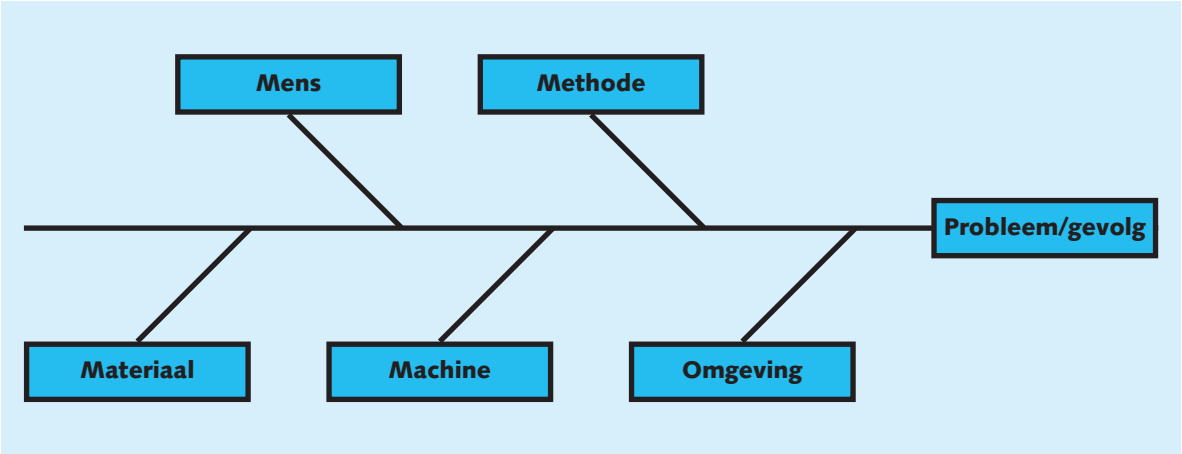
Besteed niet te veel tijd aan het maken van een gedetailleerde onderverdeling in categorieën van meldingen. In een klein werkverband zijn trends afgeleid uit grote overzichten in eerste instantie niet aan de orde. Focus op eenvoudig melden, goed analyseren en slim verbeteren.

U kunt op een eenvoudige manier meldingen analyseren door gebruik te maken van een visgraatdiagram (zie figuur 1).

- Teken een visgraat op een grote flap-over.
- Kies geschikte categorieën oftewel soorten oorzaken die bij u kunnen spelen (de 'graten' in het visgraatdiagram). De meest voorkomende categorieën zijn mens, methode, machine (apparatuur), materiaal en omgeving. Andere categorieën zijn ook mogelijk. Denk hierbij bijvoorbeeld aan communicatie, beleid, registratie, administratie en patiënten. Gebruik niet meer dan vijf of zes categorieën om de oorzaken in te clusteren.
- Start een brainstormsessie, waarmee de analysegroep alle mogelijke oorzaken voor het incident probeert te achterhalen. Om de beurt benoemt elk lid een mogelijke oorzaak van het probleem. De brainstormsessie gaat door totdat geen nieuwe oorzaken meer worden aandragen. Alle genoemde oorzaken krijgen een plek bij een van de 'graten' in het visgraatdiagram op de flap.
- Blijf doorvragen totdat iedereen het gevoel heeft de belangrijke oorzaak of meerdere belangrijke oorzaken te pakken te hebben. Geschikte vragen daarbij zijn:
  - Wat was er dan precies niet in orde?
  - Wat ging daar dan precies mis?
  - Waar lag het aan?
  - Is er nog een achterliggende oorzaak te vinden?
  - Waar ligt het startpunt van het risicoproces precies?
  - Was dat het enige waar het aan lag?
  - Zien we iets over het hoofd?
  - Wordt een bestaande goede werk- of behandelafspraak niet goed nagekomen?
  - Durven we de echte oorzaak wel te benoemen?
  - Zou het (toch echt niet) kunnen liggen aan ….. (noem een categorie)?
- Cluster vervolgens de genoemde oorzaken in de categorieën van het visgraatdiagram.

Bij de analyse gaat het om het vinden van bruikbare aanknopingspunten voor verbetering van de patiëntveiligheid. Concreet betekent dit dat de analysegroep zich bij het benoemen van de oorzaken afvraagt of het aanpakken van die oorzaak echt leidt tot het verkleinen van de kans op hetzelfde incident.

Figuur 1 Visgraatdiagram van Kaoru Ishikawa



Bijlage 7

Voorbeeldprocedure

Doel van het melden van incidenten

Het doel van het melden van incidenten en bijna-incidenten is de kwaliteit van de zorg te verhogen door inzicht te krijgen in voorkomende fouten en ongevallen en op grond van dit inzicht maatregelen te treffen om de kans op herhaling van deze (bijna-)incidenten in de toekomst te verkleinen.

Definities

Incident	Een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) zou kunnen leiden.
Bijna-incident	Elke onbedoelde gebeurtenis met kans op letsel aan de patiënt die werd opgemerkt en gecorrigeerd voordat deze de patiënt kon bereiken.
Calamiteit	Iedere niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en dit heeft geleid tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt. Hiervoor geldt een wettelijke meldingsplicht aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).
Melder	Degene die een schriftelijke of digitale melding doet.
Medewerker	Allen die in de praktijk(en) ..... werkzaam zijn.
Coördinator	..... (naam medewerker) die de activiteiten in het kader van melden van incidenten coördineert.
Analysegroep	Commissie - bestaande uit ..... (naam medewerkers) van de praktijk(en) ..... (naam praktijk) - die meldingen van (bijna-)incidenten analyseert en verbeteracties opstelt.

Vertrouwen en veiligheid

De procedure werkt alleen als alle betrokkenen bereid zijn om incidenten en bijna-incidenten te melden. Daarom is het melden van (bijna-)incidenten mogelijk zonder dat dat voor de betrokkenen nadelige gevolgen heeft. Melden zal niet leiden tot het stellen van een schuldvraag. Het gaat uitsluitend om het zoeken naar vermijdbaarheid van (bijna-)incidenten.

Meldingen worden gedaan door de medewerker die het meest bij het (bijna-) incident betrokken is. In principe wordt er niet gemeld over of in plaats van collega's. Als een medewerker iets verneemt over een (bijna-)incident waarbij een collega betrokken is, attendeert de medewerker zijn collega op de noodzaak dit te melden.

De analysegroep behandelt de meldingen vertrouwelijk. De leden zijn gehouden aan volstrekte geheimhouding (ook na beëindiging van hun taak). Informatie over (bijna-)incidenten geeft de analysegroep niet door aan derden, ook niet aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) of aan Justitie (behalve in die gevallen waarin IGZ of Justitie op basis van wettelijke bevoegdheden de overdracht van deze gegevens afdwingt). Wel doet de analysegroep een terugkoppeling van geanonimiseerde meldingen en verbeteracties naar de medewerkers.

Werkwijze melden

- Voor een melding komen alle situaties in aanmerking waarbij sprake is van een incident of bijna-incident.
- Melden kan doorlopend plaats vinden.
- De melder vult een digitaal meldformulier in en stuurt dit via het e-mailadres ..... naar de analysegroep. Het digitaal meldformulier is te vinden op het bureaublad van de computer via de knop .....
- De analysegroep registreert de melding en behandelt deze vertrouwelijk.

Werkwijze analyse van meldingen

- De analysegroep registreert en analyseert een keer per maand de binnengekomen meldingen.
- Indien nodig vraagt de analysegroep nadere informatie aan de melder.
- De analysegroep bepaalt de ernstscore van de melding aan de hand van de SAC-matrix.
- Bij een ernstscore 2 of hoger komt een melding in aanmerking voor verdere analyse.
- De analysegroep bepaalt aan de hand van de visgraatmethode de mogelijke oorzaken van het (bijna-)incident.

Rapportage en verbeteracties

- De analysegroep maakt een voorstel voor verbeteracties om de kans op herhaling van het (bijna-)incident te verkleinen.
- De analysegroep brengt maandelijks in het reguliere werkoverleg verslag uit over haar bevingen en bespreekt de voorgenomen verbeteracties.
- De analysegroep bewaakt de uitvoering van de verbeteracties.
- De coördinator inventariseert driemaandelijks de mate van tevredenheid en positieve en negatieve ervaringen van alle betrokkenen en mogelijke verbeterpunten.
- De analysegroep maakt halfjaarlijks een overzicht van het aantal (geanalyseerde) meldingen en geplande en gerealiseerde verbeteracties.
- De analysegroep levert jaarlijks een bijdrage voor het jaarverslag van de praktijk.



Voorbeeld invulschema activiteitenplan

Wat	Hoe	Door wie	Wanneer
Algemene voorbereiding			
Bepalen groepssamenstelling(en)			
Aanstellen coördinator			
Fase 1: enthousiasmeren en bewustwording			
Startbijeenkomst voor kwaliteitsgroepen			
Individuele nascholing			
Inventariseren patiëntveiligheid in de praktijk			
Inventariseren veiligheidscultuur			
Voorbereiden startbijeenkomst (groeps)praktijk			
Fase 2: werkwijze aanpak verbeterpunten patiëntveiligheid			
Kiezen werkwijze			
Opstellen procedure			
Maken activiteitenplan			
Fase 3: aan de slag			
Startbijeenkomst voor (groeps)praktijk			
Scholing betrokkenen			
Start melden			
Overleggen analysegroep			
Terugkoppeling van meldingen en voorstel verbeteracties naar alle betrokkenen			
Uitvoeren verbeteracties			
Bewaken voortgang			
Plannen evaluatiemomenten			
Jaarverslag			
Regelmatige procesevaluatie			
Fase 4: evalueren en borgen			
(Half)jaarlijkse effectvaluatie			
Activiteiten borging: ◗ procedure in kwaliteitssysteem			

Begrippen

Bijna-incident	Elke onbedoelde gebeurtenis met kans op letsel aan de patiënt die werd opgemerkt en gecorrigeerd voordat deze de patiënt kon bereiken.
Calamiteit	Iedere niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die heeft geleid tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt/cliënt.
Fout	Een handeling of denken die zonder reden afwijkt van de geldende afspraken of regels.
Incident	Een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) zou kunnen leiden.
(Groeps)praktijk	Een praktijk met een of meerdere zorgverleners en andere medewerkers. Als we in deze module spreken over (groeps)praktijken, dan verstaan we hieronder ook een groep van kleine praktijken of solopraktijken.
Klacht	Elke schriftelijk vastgelegde uiting van onvrede van een patiënt of diens vertegenwoordiger over het handelen van een zorgverlener of het zorgsysteem. Deze kan gaan over een incident, maar dat hoeft niet.
Kwaliteitsgroep	Monodisciplinair samenwerkingsverband van zorgverleners uit meerdere (groeps-) praktijken.
Patiëntveiligheid	Het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychisch) die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van zorgverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem.
Procedure veilig melden	Een systeem waarbinnen zorgprofessionals incidenten (durven te) melden en er gezamenlijk van te leren, en daarbij bescherming genieten tegen op hen gerichte maatregelen of sancties, op basis van binnen de eigen instelling gemaakte afspraken, beleidsbeslissingen van overheidsinstanties en/of wettelijke regelingen.
Prospectieve risicoanalyse	Een methode waarbij vooraf risico's worden ingeschat door het bepalen van de kans dat een dreiging zich voordoet en de gevolgen daarvan.
Schade	Een nadeel voor de patiënt dat door zijn ernst leidt tot verlenging of verzwaring van de behandeling, tijdelijk of blijvend lichamelijk, psychisch en/of sociaal functieverlies of overlijden.
Veiligheidscultuur	Gedeelde opvattingen, overtuigingen, waarden en aannames die ten grondslag liggen aan hoe mensen veiligheidskwesties in hun organisatie waarnemen en ernaar handelen.
Veilig Incident Melden	Het melden van (bijna-)incidenten waarvan de gegevens niet kunnen worden gebruikt om tegen een medewerker individuele maatregelen te nemen.

Veilig meldklimaat	Omgeving waarbinnen zorgprofessionals incidenten (durven te) melden, en daarbij bescherming genieten tegen op hen gerichte maatregelen of sancties, op basis van binnen de eigen instelling gemaakte afspraken, beleidsbeslissingen van overheidsinstanties en/of wettelijke regelingen.
Vermijdbare schade	Een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het onvoldoende handelen volgens professionele standaard en/of tekortkomingen van het zorgsysteem met schade voor de patiënt zodanig ernstig dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking dan wel overlijden van de patiënt.
Zorg voor Veilig	Veiligheidsprogramma 2009-2011 voor de eerstelijn, met als dubbele insteek Veilig Incident Melden en de aanpak van een tiental specifieke risicogebieden in de eerste lijn. Zie www.zorgvoorveilig.nl.

Literatuur

- Boelhouwers P, Heemskerk BT, Kroeze MM, Nap EW. Praktijkgids Veilig Incident Melden (VIM). VMS Veiligheidsprogramma, 2009. Zie www.vmszorg.nl.
- Bont de A, Jerak S, Mul de M, Zwart D. Vragen voor veiligheid. De betekenis van patiëntveiligheid in de eerste lijn. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 2009.
- Broek van den S, Bouma M. NHG-leidraad Procedure Veilig Incident Melden (VIM). Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2009. Zie www.nhg.org/patientveiligheid.
- Dulmen van S, Tacken M, Staal JB, et al. Incidenten in eerstelijns paramedische praktijken. Ned Tijdschr Fysiother 2011; 2011;121(dec):162-75.
- Gaal S, Cheung K-C, Giesen, et al. Nationale meldweek patiënt-veiligheid eerste lijn. Nijmegen: IQ healthcare UMC St. Raboud, 2010. Zie www.patientveiligheideerstelijn.nl.
- Handleiding Verbeteren patiënt-veiligheid in uw praktijk. Amersfoort: KNGF, 2011. Zie www.fysionet.nl.
- Handreiking Omgaan met 'incidenten' in de verloskundige praktijk. Utrecht: KNOV, 2007. Zie www.knov.nl.
- Harmsen M, Giesen P, Martijn L, et al. Patiëntveiligheid in de Nederlandse eerstelijnszorg anno 2009. Nijmegen: IQ healthcare, 2009. Zie www.iqhealthcare.nl of www.patientveiligheideerstelijn.nl.
- Kwaliteit en Veiligheid. Zie www.umcutrecht.nl/subsite/patient veiligheid.
- Legemaate J, Christiaans-Dingelhoff I, Doppegieter RMS, Roode de RP. Melden van incidenten in de gezondheidszorg. Utrecht: KNMG, 2006. Zie http://knmg.artsennet.nl.
- Legemaate J. Patiëntveiligheid en patiëntenrechten. Amsterdam: VU Amsterdam, 2006. Zie http://knmg.artsennet.nl.
- Leren van incidenten in de zorg. Zie www.nivel.nl/liz.
- Leeuw de JRJ, Veenhof C, Wagner C, et al. Patiëntveiligheid in de eerstelijnsgezondheidszorg: stand van zaken. Utrecht: NIVEL, 2008. Zie www.nivel.nl.
- Lekkerkerk T, Hamersma A. Meldactie patiëntveiligheid. Utrecht: NPCF, 2011. Zie www.consumentendezorg.nl.
- Lubberding S, Merten H, Wagner C. Patiëntveiligheid en complexe zorg bij oudere patiënten met een heupfractuur. Utrecht: NIVEL, 2010. Zie www.nivel.nl.
- Patiëntveiligheidskaarten. Zie www.mijnzorgveilig.nl.
- Schrieck-de Loos van der E, Posma E, Salfischberger Y. De rol van de cliënt in patiëntveiligheid. Een must, geen wenselijkheid. Utrecht/Den Haag: CBO/ZonMw, 2009.
- Sixma H, Hendriks M. Boer de D, Delnoij D. Handboek CQI ontwikkeling: richtlijnen en voorschriften voor de ontwikkeling van een CQI instrument. Utrecht: NIVEL, 2008. Zie www.nivel.nl.
- Tacken M, Dulmen van S, Nijhuis-van de Sanen R. Patiëntveiligheid in de Nederlandse eerstelijnszorg anno 2009: resultatenonderzoek paramedische praktijken. Nijmegen: IQ healthcare UMC St. Radboud, 2009. Zie www.patientveiligheideerstelijn.nl.
- Tacken M, Dumen van S, Wensing M, et al. Patiëntveiligheid in eerstelijns oefentherapie praktijken. Beweegreden 2010;6(2):22-3.
- Zorg voor veilig. Zie www.zorgvoorveilig.nl.
- Zwart DLM, Wagner C, et al. SCOPE-vragenlijst. Utrecht: UMC Utrecht/NIVEL, 2010. Zie www.praktijkaccreditering.nl

Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik

ZORG voor VEILIG