

VMS Handleiding voor VIM-team

Meldingen analyseren en verbetermaatregelen treffen



Veiligheidsprogramma
Zelfstandige Klinieken Nederland





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

Inhoudsopgave

Inleiding	4
1. Keuze van meldingen	6
2. De analyse met de Prisma-methode	8
2.1. Het opstellen van een oorzakenboom	9
2.2. De oorzakenclassificatie	16
2.3. Terugkoppelen van de resultaten van de analyses	24
2.4. Vertaling naar structurele verbetermaatregelen	25
3. Waar dient u rekening mee te houden bij invoeren van verbeteringen?	27
4. Rapporteren van verbeteracties	28
5. Visualisatie van het VIM proces	29

Inleiding

In de VMS Handleiding Invoeren Veilig Incident Melden wordt uitleg gegeven over de organisatorische voorwaarden voor het kunnen functioneren van het VIM-team. Deze handleiding beschrijft de stappen die het VIM-team doorloopt bij het analyseren van een melding in het systeem tot en met het terugkoppelen en rapporteren van de resultaten van de analyse en de verbetermaatregelen. Centraal in deze handleiding staat het opstellen van de basis oorzakenboom. In de basis oorzakenboom wordt de topgebeurtenis en het gevolg (wie en wat) beschreven en vervolgens worden middels de 'waardoor' vraag te stellen de directe, indirecte en basisoorzaken geïdentificeerd en tot slot geclassificeerd. In deze handleiding ligt de focus bij de casuïstiek op incidenten in het primaire proces. Dit laat onverlet dat ook de incidenten in de ondersteunende processen die geen invloed hebben gehad op de patiëntveiligheid moeten worden geanalyseerd.

Voor deze handleiding is met toestemming, gebruik gemaakt van de praktijkgids Veilig Incident Melden (VIM) van het VMS veiligheidsprogramma van de ziekenhuizen. De praktijkgids is ontwikkeld en gemaakt door de NVZ, Orde, NFU en V&VN vanuit het VMS Veiligheidsprogramma. Het is belangrijk dat alle instellingen die medisch specialistische zorg verlenen met dezelfde veiligheidsstandaarden werken. De uitwerking van de handleiding is vertaald naar toepassing

in de zelfstandige klinieken. In 2012 zijn door ZKN VMS basiscursussen verzorgd. In deze handleidingen is gebruik gemaakt van de ervaringen in de VMS cursussen en de tips bij het invoeren van VIM in een zelfstandige kliniek.

1. Keuze van meldingen

Voordat het VIM-team incidenten gaat analyseren, bespreekt het welke meldingen onder de verantwoordelijkheid van het team vallen en welke meldingen (alsnog) moeten worden doorgestuurd naar de directie, de centrale MIP-commissie of een ander VIM-team. Deze procedure is organisatie afhankelijk en u dient op de hoogte te zijn van de afgesproken procedure binnen uw instelling. Vervolgens classificeert het VIM-team de meldingen met behulp van de risico inventarisatie matrix en maakt een keuze welke meldingen wel of niet geanalyseerd worden. Op basis van de risicoscore kan bijvoorbeeld de afspraak worden gemaakt groene meldingen alleen te gaan analyseren als er een trend in waar te nemen is.

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

Tabel 1: Risico inventarisatie matrix ernst * frequentie

De ervaring leert dat, ondanks het feit dat er door het starten met VIM meer incidenten worden gemeld, dit zeker nog niet alles betreft wat (bijna) mis gaat. Onderstaande foto illustreert het beeld dat een groot deel van de incidenten nog niet zichtbaar zijn, omdat deze niet worden gemeld.



Figuur 1 IJsberg

Het topje van de ijsberg wordt gemeld, maar onder water liggen nog erg veel kleinere incidenten waarvan het belang niet wordt ingezien deze te melden of ernstigere incidenten die het personeel niet durft te melden. Op basis van analyses van calamiteiten weten we dat voorafgaand aan incidenten zich meerdere kleinere incidenten kunnen voordoen. Daarom is het juist belangrijk ook de kleinere incidenten en bijna incidenten te melden en te onderzoeken.

Het incidentmeldingsysteem kan tevens aanleiding geven om op basis van het aantal incidenten met een laag of zeer laag risico binnen een bepaald proces een prospectieve risico inventarisatie uit te voeren (zie VMS Handleiding PRI).

2. De analyse met de Prisma-methode

Een melding kan geanalyseerd worden met behulp van verschillende methoden, zoals SIRE, DAM en PRISMA. Bij het analyseren van incidenten wordt net zo vaak de ‘waardoor’ vraag gesteld tot onderliggende basisoorzaken zijn gevonden. De drie methoden verschillen in de mate waarin informatie wordt uitgeplozen om de juiste basisoorzaken van een incident te achterhalen en in het classificeren van basisoorzaken. In deze handleiding wordt gebruik gemaakt van de PRISMA-methode. De PRISMA-methode is voor de gezondheidszorg ontwikkeld door dr. T.W. van der Schaaf en heeft de volgende voordelen:

- Een snelle manier om incidenten te analyseren.
- Teruggaan tot een aantal vaste basisoorzaken. De basisoorzaken vormen een profiel dat gebruikt kan worden voor verdere verbeteringen.
- Door de vaste classificatie van oorzaken zijn trends waarneembaar en afdelingen en klinieken onderling te vergelijken.

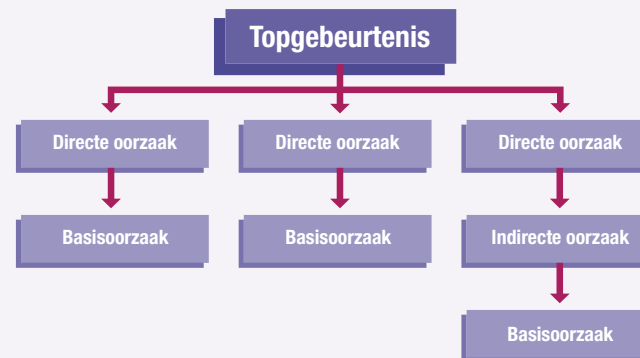
De PRISMA methode bestaat uit 3 hoofdcomponenten:

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

Opgemerkt moet worden dat de melding vaak beperkte informatie bevat en dat voor het analyseren van het incident gesproken zal moeten worden met de melder en direct betrokkenen. Het is dus in beginsel belangrijk deze personen te benaderen en te interviewen en relevante documentatie te verzamelen. Op basis van de melding, interviews en documentatie bepaalt u het verloop van het begin tot het einde en kunt u de basis oorzakenboom opstellen.

2.1. Het opstellen van een oorzakenboom

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



Figuur 2: basisoorzaken boom

Een oorzakenboom kunt u niet altijd gelijk opstellen aan de hand van het meldingsformulier dat u als VIM-team binnenkrijgt. Soms ontbreekt er noodzakelijke informatie om tot een volledige analyse te kunnen komen. U kunt wel een ‘concept’ oorzakenboom maken en de ontbrekende informatie proberen te achterhalen bij de melder. Deze mogelijkheid ontbreekt bij een anonieme melding. Een voorbeeldcasus van een incident en met uitwerking van een basis oorzakenboom is te vinden op www.vmszkn.nl in de toolbox van het kenniscentrum.

1. Het benoemen van de topgebeurtenis

Als eerste is het belangrijk de topgebeurtenis te benoemen.

De topgebeurtenis is de zichtbare objectieve aanleiding voor de analyse en bestaat uit de onderdelen 'wie' en 'wat'. Tevens kunt u de keuze maken om in de topgebeurtenis het gevolg voor de patiënt te beschrijven.' De volgende vragen passeren de revue:

- Wat is de patiënt overkomen (topgebeurtenis)?
- Tot welke schade heeft het geleid (gevolg)?

Voorbeelden:

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

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

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

2. Het benoemen van de directe oorzaken

Onder de topgebeurtenis staan de directe oorzaken van een incident. De directe oorzaak betreft vaak de laatste handeling aan de patiënt voorafgegaan aan het incident. De directe oorzaken zijn te vinden door de waardoor-vraag te stellen. De directe oorzaken van het bijna-incident 'het bloed voor de patiënt werd bijna verwisseld' kunnen bijvoorbeeld zijn:

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

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

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

3. Het opzoeken van de indirecte en basisoorzaken

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

- Er is geen sprake meer van objectieve feiten, u moet gaan gissen of gaat aannames doen
- De oorzaken komen buiten de organisatie te vallen

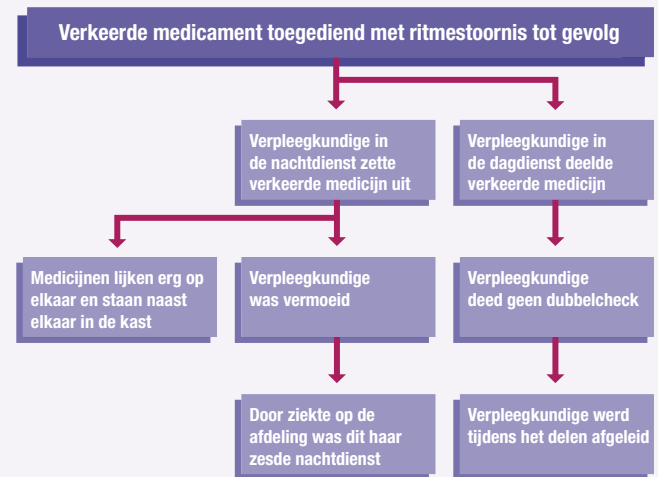
Bij een anoniem gemeld incident is stopregel 1 sneller van toepassing dan bij incidenten waar u nog navraag kunt doen bij de melder. De oorzaken die nu onderaan de boom staan vermeld, zijn de zogenoemde basisoorzaken waarmee u verder gaat naar stap 2 van de PRISMA-analyse.

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

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

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

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

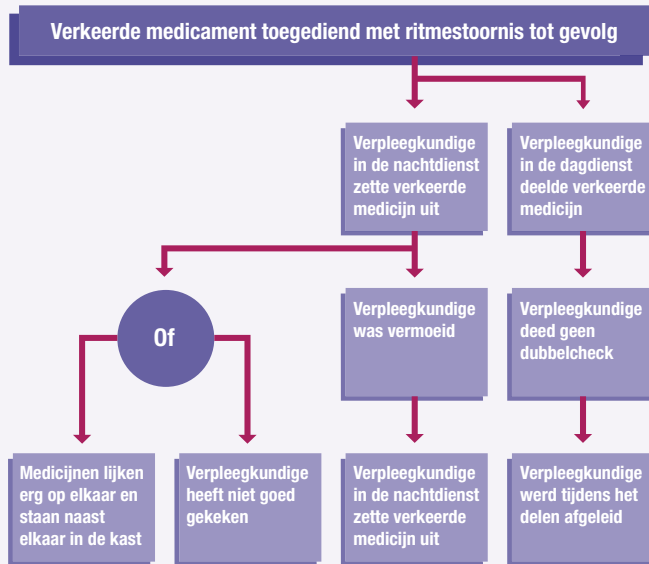


Figuur 3: Uitwerking basis oorzakenboom

4. Meerdere oorzaken of mogelijke oorzaken

Bij een incident is er zelden sprake van één oorzaak die tot een incident heeft geleid. Er liggen veelal meerdere oorzaken aan ten grondslag. Deze oorzaken naast elkaar worden de EN-poorten genoemd. Bij het maken van een conceptboom wordt soms aan oorzaken gedacht die mede het incident veroorzaakt hebben, maar waarvan dit nog niet geheel helder is. Soms zijn er oorzaken waarvan niet geheel duidelijk is of zij een bijdrage hebben geleverd aan het ontstaan van het incident. Al deze mogelijke oorzaken kunt u in een conceptboom zetten en zolang er geen duidelijkheid is of dit tot het incident heeft geleid worden dit OF-poorten genoemd. In de definitieve boom zijn al deze vragen beantwoord en heeft u van de OF-poorten EN-poorten gemaakt of deze verwijderd.



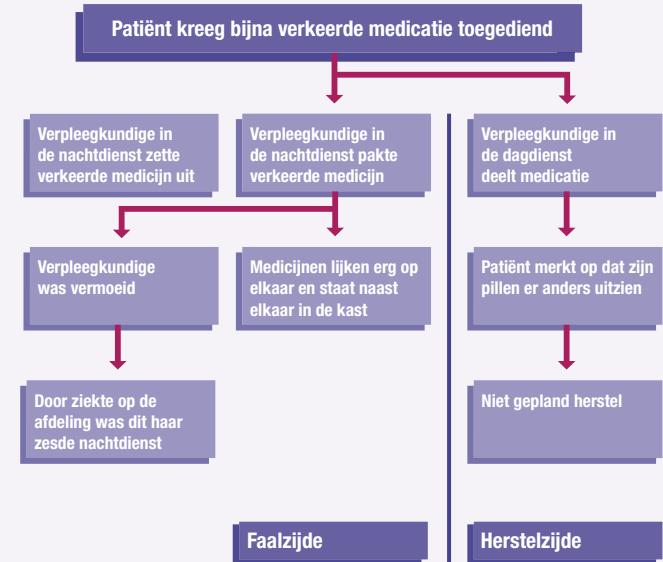


Figuur 4: Voorbeeld van OF-poorten

5. De herstelijde bij een bijna-incident

Wanneer er sprake is van een bijna-incident heeft iets of iemand voorkomen dat het incident plaatsvond. Er heeft een herstel plaats gevonden waardoor het net goed is gegaan. Wanneer het team een analyse maakt van een bijna-incident wordt ook deze herstelkant benoemd. Namelijk door u af te vragen ‘waardoor’ het incident niet heeft plaatsgevonden. De herstelkant kan acties bevatten die gepland of ongepland waren en zijn mogelijk nuttig voor het vaststellen van eventuele (structurele) verbetermaatregelen. Er is sprake van gepland herstel wanneer de handeling die tot het herstel geleid heeft als veiligheidsbarrière in het proces is ingebouwd. Wanneer er op de afdeling altijd door een verpleegkundige een dubbelcheck wordt gedaan op de infuusvloeistof en snelheid en zij ontdekt daarbij dat het infuus niet juist staat ingesteld, dan betreft dit een gepland herstel. Een ongepland herstel vindt per ongeluk plaats. Een verpleegkundige ziet toevallig dat een

infuus wel op een erg rare snelheid staat ingesteld. Zij gaat dit na in het verpleegkundig dossier en het blijkt inderdaad niet te kloppen. De verpleegkundige past daarop de snelheid van het infuus aan. Deze controle gebeurde op basis van toeval en wordt dan ook een ongeplande herstelactie genoemd. In een oorzakenboom ziet dit er als volgt uit:



Figuur 5: Uitwerking basis oorzakenboom van een bijna-incident

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

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

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

2.2. De oorzakenclassificatie

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

- Technisch
- Organisatorisch
- Menselijk
- Overig

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

a. Technische basisoorzaken

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

Technisch extern (T-EX)

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

Technisch ontwerp/design (TD)

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

Technisch constructie (TC)

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

Technisch materiaal (TM)

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

b. Organisatorische basisoorzaken

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

Organisatorisch extern (O-EX)

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

Organisatorisch kennisoverdracht (OK)

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

Organisatorisch protocollen (OP)

Hierbij gaat het om het ontbreken van protocollen, het niet vindbaar zijn van protocollen of het onduidelijk zijn van de protocollen, maar ook procedures en andere officiële regels vallen onder deze categorie.

Organisatorisch managementprioriteiten (OM)

Managementprioriteiten is een klasse die aan de orde is als er een risicovolle situatie ontstaat door een beslissing vanuit het

management, bijvoorbeeld als er iemand ziek is in een dienst en de leidinggevende kiest ervoor om deze persoon niet te laten vervangen. De verpleegkundige die het tekort moet opvangen heeft het te druk en vergeet een patiënt medicatie te geven.

Organisatorisch cultuur (OC)

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

c. Menselijke basisoorzaken

Wanneer aan het incident geen organisatorisch oorzaken ten grondslag liggen, dient u zich de vraag te stellen of de basisoorzaak het gevolg is van (niet) menselijk handelen en zo ja welke. De subclassificatie van de menselijk handelen categorie is, zoals u in onderstaande figuur kunt zien, verdeeld over gedrag gebaseerd op kennis, gedrag gebaseerd op vaardigheden en gedrag gebaseerd op regels.

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

Tabel 2: Niveaus van gedrag en bewustzijn in samenhang met mate van controle en soort situatie

Menselijk extern (H-EX)

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

Menselijk redeneren (HKK)

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

Menselijk kwalificaties (HRQ)

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

Menselijk coördinatie (HRC)

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

Menselijk verificatie (HRV)

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

Menselijk interventie (HRI)

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

Menselijk bewaken (HRM)

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

Menselijk fijne motoriek (HSS)

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

Menselijk grove motoriek

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



d. Overige factoren

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

Patiënt gerelateerde factor

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

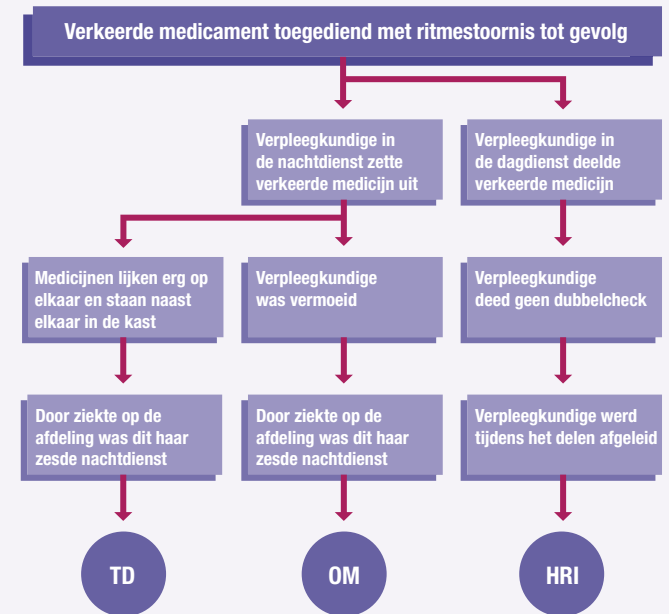
X-factor

Als een basisoorzaak niet onder één van de bovenstaande klassen valt mag hij gecategoriseerd worden met de 'x'. Nog veel meer voorbeelden van subclassificaties kunt u terug vinden in het rapport "Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen" van het Nivel (2008). Dit rapport kan het VIM-team helpen bij het definiëren van de subclassificaties.

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

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

Een oorzakenboom met classificaties ziet er als volgt uit:



Figuur 6: Basis oorzakenboom met oorzaken classificatie

2.3. Terugkoppelen van de resultaten van de analyses

Wanneer u als VIM-team de melding heeft geanalyseerd, is het goed de resultaten terug te koppelen aan de individuele melder en geanonimiseerd aan het gehele team. Wanneer een melder hoort wat er met zijn melding is gedaan, voelt de melder zich serieus genomen en zal zich gestimuleerd voelen vaker incidenten te melden. Dit geldt ook voor de terugkoppeling aan het gehele team. Zij zullen zich meer betrokken voelen als zij goed zijn geïnformeerd en zich bewust zijn van wat er allemaal mis kan gaan in de kliniek. De wijze waarop de terugkoppeling plaatsvindt, dient u als team gezamenlijk te bepalen. Hiervoor zijn enkele mogelijkheden.

a. De individuele melder

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

b. Het team

- Schriftelijk: geef iedere maand een overzicht van het aantal meldingen en soorten meldingen en welke verbeteracties zijn ingezet. Dit kan in de vorm van een nieuwsbrief waarin ook andere weetjes op het gebied van veiligheid kunnen worden vermeld.
- Intranet: indien u als afdeling een startpagina heeft op het intranet is dit ook een uitermate geschikt medium om de medewerkers op afdeling te informeren over de verwerkte incidenten en het thema veiligheid.

- Werkoverleg: als vast agendapunt op het werkoverleg, waarbij er een overzicht gegeven kan worden van het aantal en soort meldingen. Er kan ook de keus gemaakt worden een incident of een thema er uit te lichten (bijvoorbeeld valincidenten) en dit gezamenlijk als team te bespreken.

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

2.4. Vertaling naar structurele verbetermaatregelen

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

Verbeteracties op basis van individuele incidenten

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

Verbeteracties op basis van verzamelde PRISMA-basisoorzaken

Een interessant element van de PRISMA analyse zit in het analyseren van de basisoorzaken. Er wordt dan gekeken bij welke basisoorzaken op de afdeling een piek zit en daar kunnen gericht verbeteracties op worden ingezet. Vervolgens kan er bij een nieuwe analyse van de basisoorzaken bekeken worden of de verbeteracties hebben gewerkt.

3. Waar dient u rekening mee te houden bij invoeren van verbeteringen

Wanneer u als VIM-team verbeteringen gaat adviseren en/of doorvoeren is het goed terug te denken aan hoe de mens (met zijn beperkingen) in elkaar zit en deze afwegingen mee te nemen bij het formuleren van verbeteracties. Zoals aangegeven gaan we ervan uit dat mensen fouten maken. Die fouten worden mede uitgelokt door het systeem waar medewerkers in moeten werken. De beste manier om verbeteringen door te voeren zijn aanpassingen van dat systeem en niet zo zeer oplossingen die gericht zijn op de mens, zoals ' hij moet voortaan beter opletten'. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een deur die open gaat wanneer je er tegen duwt. De deur kan voorzien worden van een bordje 'duwen', maar ook kan de deurklink weg worden gehaald, waardoor mensen niet meer aan de deur kunnen trekken en hij wel moet duwen om de deur te openen. De laatste oplossing is vele malen effectiever. Probeer dus als VIM-team daar waar dat kan oplossingen te verzinnen in het systeem (technisch of organisatorisch), waardoor de medewerker die fout gewoon niet meer kan maken.

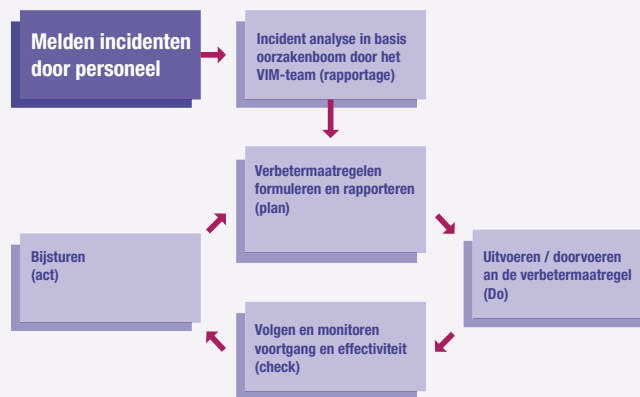


4. Rapporteren van verbeteracties

Het VIM-team dient met de leidinggevende afspraken te maken hoe zij de incidenten en de verbeteracties aan haar gaan terugkoppelen. Tevens dient duidelijk te zijn hoe de verbeteracties moeten worden vastgelegd. De meeste digitale systemen hebben dit onderdeel in zich. Is dit niet aanwezig dan zal het VIM-team zelf een manier moeten vinden om de verbeteracties vast te leggen en de voortgang te bewaken en de effectiviteit van de maatregelen te beoordelen of binnen de organisatie na moeten gaan wat de afspraken hierover zijn. Wanneer er gebruik wordt gemaakt van een digitaal systeem kan dit het VIM-team helpen rapportages te maken, die dan in een overleg met de leidinggevende kunnen worden besproken. Daarnaast kunnen deze gegevens ook, indien dit binnen uw organisatie zo is geregeld, centraal aan een veiligheidscommissie worden aangeboden. Is dit systeem niet aanwezig dan dienen er met de leidinggevende afspraken te worden gemaakt hoe en wie de rapportage samenstelt en wat hierin moet komen.

5. Visualisatie van het VIM proces

In onderstaande figuur is het VIM proces en daarop volgende PDCA cyclus weergegeven. Het VIM-team is in ieder geval verantwoordelijk voor het analyseren van de incidenten en het formuleren en adviseren van verbetermaatregelen (plan). De keuze moet worden gemaakt (zie 2.4) wie de verantwoordelijk krijgt voor het uitvoeren van de maatregelen (Do). In 2.4 is aangegeven dat het uitvoeren onder verantwoordelijkheid van de leidinggevende door de betreffende afdeling de voorkeur geniet. Het is eveneens belangrijk bij het formuleren van de verbetermaatregelen de verantwoordelijke voor de volgende fasen (do, check en act) expliciet te benoemen en vast te leggen.



Figuur 7: Visualisatie van Het VIM proces

Colofon

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

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

VMS ZKN

Zelfstandige Klinieken Nederland
Hugo Meulblok en Marijn Lamers

Postbus 262
2260 AG Leidschendam

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

Grafische vormgeving
Marina Roos-Jansen



zkn

ZELFSTANDIGE KLINIEKEN NEDERLAND

KEURMERK

