

# Plan van Aanpak Project Patiëntveiligheid: leren van fouten, natuurlijk

## Inhoudsopgave

- Inleiding *pagina 2*
- Patiëntveiligheid
- Drijfveer van het project patiëntveiligheid *pagina 3*
- Doelstelling
- Samenvatting plan van aanpak *pagina 4*
  - o Meting
  - o Actie
  - o Organisatie
- schematisch overzicht project *pagina 5*
- Plan van aanpak – Meting *pagina 6*
- Plan van aanpak – Actie *pagina 8*
- Plan van aanpak – Organisatie *pagina 12*
- Project patiëntveiligheid en VMS *pagina 15*
- Beslisboom na incident *pagina 16*
- Begrippenlijst *pagina 17*

## **Inleiding**

In 2002 is besloten het kwaliteitsbeleid van het UMC Utrecht vorm te geven langs twee leidende principes:

1. De Divisies hebben voldoende eigen kracht en ambitie om te zorgen dat kwaliteit voortdurend op de agenda staat en in concrete initiatieven wordt uitgewerkt. Op centraal niveau is er vooral behoefte aan kennisuitwisseling, coordinatie en waar nodig stimulering.
2. Patientveiligheid is een leidend strategisch thema, dat centraal wordt geregisseerd en in iedere Divisie wordt verankerd.

Op basis hiervan zijn door de Raad van Bestuur twee besluiten genomen:

1. Er komt een Kwaliteitsbureau Patiëntenzorg dat zich bezighoudt met taken die ten dienste staan aan het kwaliteitsbeleid van het UMC Utrecht in algemene zin.
2. Er komt een Project Patientveiligheid dat binnen alle Divisies zorgt voor een UMC-brede aanpak.

Wellicht ten overvloede zij opgemerkt, dat het in deze besluitvorming gaat om kwaliteit in de patiëntenzorg. Voor onderwijs, opleiding en wetenschappelijk onderzoek wordt gewerkt aan complementaire systemen van kwaliteit, waarover apart wordt gerapporteerd.

## **Patiëntveiligheid**

In 2002 onderzocht de Raad van Bestuur of er in het UMC Utrecht draagvlak zou bestaan voor Patiëntveiligheid als leidend strategisch thema in het kwaliteitsbeleid. Dit bleek in ruime mate het geval. Daarop werd de Kerncommissie Patiëntveiligheid ingesteld. Naar aanleiding van advies van deze commissie<sup>1</sup> werd begin 2004 het project patiëntveiligheid gestart. Inmiddels is er al een aantal stappen ondernomen, waaronder een “nulmeting” onder artsen en verpleegkundigen door middel van een enquête, een pilot met pro-actieve risicoanalyse en een training voor medewerkers in incidentanalyse. Het UMC Utrecht is daarmee klaar voor de uitrol van een organisatiebreed project

---

<sup>1</sup> Advies Kerncommissie Patiëntveiligheid staat op Scoop (via “index” naar “p”, naar “patiëntveiligheid”).

In Nederland is de belangstelling voor patiëntveiligheid inmiddels ook toe aan het nemen. Meerdere ziekenhuizen alsook de overheid hebben belangstelling getoond voor het project patiëntveiligheid van het UMC Utrecht en de coördinator patiëntveiligheid wordt nauw betrokken bij landelijke ontwikkelingen op dit gebied. Patiëntveiligheid was ook het thema van de conferentie ter ere van het 200 jarig bestaan van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Eind 2004 heeft het thema patiëntveiligheid de landelijke media gehaald toen de Rein Willems, president-directeur van Shell Nederland, op 10 november een rapport aanbood aan Minister Hoogervorst waarin hij aanbevelingen doet hoe patiëntveiligheid kan worden bevorderd<sup>2</sup>. Hierin wordt gesteld dat er jaarlijks 1.500 tot 6.000 patiënten overlijden ten gevolge van vermijdbare fouten. Een andere bevinding uit het rapport is dat er onvoldoende geleerd wordt van (en gestuurd wordt op) ongewenste uitkomsten in de zorg. Het rapport Willems pleit daarom voor het verplichten van een Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) met als doel het terugdringen van het aantal ongewenste uitkomsten. Achterin dit stuk staat hoe het project patiëntveiligheid bijdraagt aan het opzetten van een VMS.

### **Het Project Patiëntveiligheid: doelstelling en motto**

Patiëntenzorg is nooit risicoloos. Zieke mensen ondergaan diagnostische en therapeutische procedures die niet zonder risico zijn. Artsen en verpleegkundigen nemen soms beslissingen die achteraf niet de juiste blijken te zijn. Het is niet onze uitdaging om de zorg risicoloos te maken, het is wel onze verantwoordelijkheid de risico's tot een haalbaar minimum terug te brengen. De belangrijkste weg daarheen is door te leren van iedere uitkomst die niet gewenst was. Er moeten methoden van leren worden ontwikkeld en toegepast, de effecten daarvan moeten worden gemeten en de continuïteit van maximale aandacht voor patiëntveiligheid moet worden geborgd. Samengevat is de doelstelling van het project patiëntveiligheid om in enkele jaren een organisatie te creëren die het vanzelfsprekend vindt om te leren van wat mis ging en effectief daarnaar handelt. "Leren van fouten, natuurlijk", is het motto.

---

<sup>2</sup> Hier werk je veilig, of je werkt hier niet. Sneller Beter – De veiligheid in zorg. November 2004. ([www.snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl))

## Samenvatting plan van aanpak

Het plan van aanpak bestaat uit 3 elementen, herhaalde metingen, acties en aanpassingen in de organisatie om deze acties mogelijk te maken en te borgen. Achterin dit stuk staat een verklarende woordenlijst.

### 1. Meting:

*Vermijdbare mortaliteit:* Met behulp van statusonderzoek inzicht krijgen in de omvang en de ontwikkeling in de tijd van vermijdbaar overlijden. Het streven is een daling van het aantal vermijdbare sterfgevallen vanaf 2007 met 10% per jaar.

*Incidenten in de zorg:* Inzicht krijgen hoeveel procent van de incidenten bij de MIP gemeld wordt. Dit gebeurt met behulp van steekproeven. Het streven is dat in 2007 50% van de incidenten met schade aan de patiënt wordt gemeld. Einddoel is 100%.

*Beleving van patiënten:* Met behulp van focusgroepen onderzoek doen naar de veiligheidsbeleving van patiënten.

### 2. Actie

*Pro-actief:* Risicovolle processen identificeren, analyseren, verbeteren en borgen. Het streven is dat elke divisie inzicht heeft in de eigen risicovolle processen en vanaf 2006 eenmaal per jaar een hiervan analyseert en verbetert met behulp van HFMEA

*Reactief:* Incidenten analyseren om kans op herhaling te minimaliseren. Hiervoor zijn in 2004 vanuit iedere divisie medewerkers getraind in SIRE.

Het streven is dat 50% van de MIP meldingen leidt tot nuttige terugkoppeling aan de melder en dat 50% van de ernstige incidenten met behulp van SIRE wordt onderzocht.

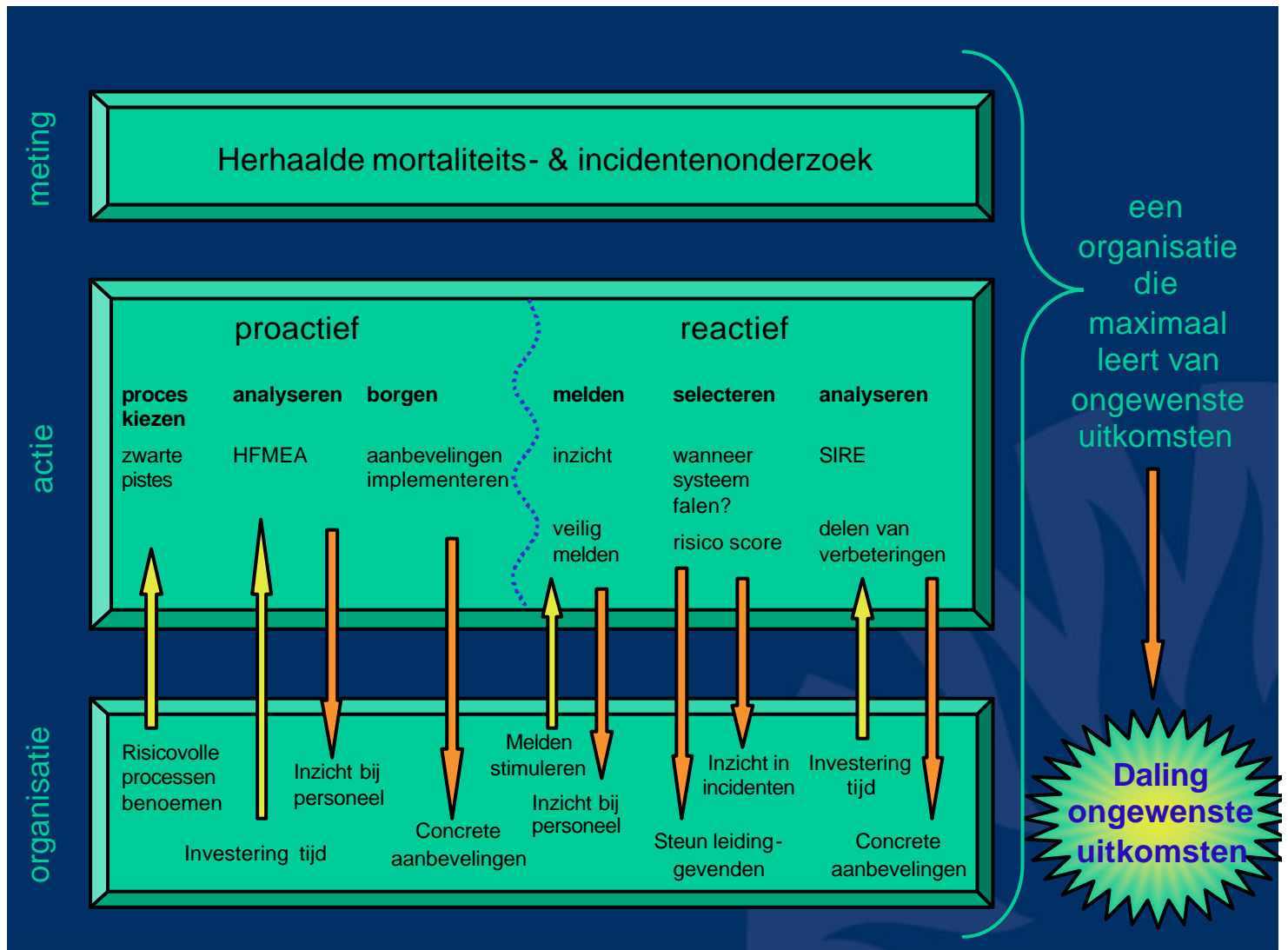
### 3. Organisatie

*Scholen:* Inzicht van alle medewerkers in patiëntveiligheid vergroten en binnen elke divisie geselecteerde medewerkers scholen in SIRE en mogelijk ook HFMEA.

*Stimuleren:* Medewerkers stimuleren kennis te delen over het ontstaan, voorkomen en voorkómen van incidenten. Het streven is om met behulp van metingen (zie 1) en de Balanced Score Card het resultaat hiervan te kunnen beoordelen.

*Communiceren:* Bevindingen en vorderingen verspreiden onder de medewerkers, de divisies en naar extern. Het streven is dat het UMC Utrecht een landelijke voorhoede positie behoudt op het gebied van patiëntveiligheid.

## schematisch overzicht project patiëntveiligheid



### Toelichting

De gele pijlen (omhoog gericht) geven aan wat er van de divisies verwacht wordt en de oranje (omlaag gericht) pijlen geven aan wat de divisies hiervoor terugkrijgen.

## Plan van aanpak – Meting

### Achtergrond

In een aantal landen zijn studies uitgevoerd naar de mate van schade die patiënten oplopen ten gevolge van de zorg die geleverd wordt, zogenaamde Adverse Events. De meest recente studie werd in Canada uitgevoerd<sup>3</sup>. Indien deze studie extrapoleerbaar is naar het UMC Utrecht zou 7,5% van de opgenomen patiënten een adverse event meemaken (= “unintended injury or complication that results in disability at time of discharge, death or prolonged hospital stay and that is caused by health care management rather than by the patient’s underlying disease process”). Van dit aantal zou 37% procent vermijdbaar zijn, 5% leiden tot permanente “disability” en 20% tot overlijden. In totaal zouden 0,66% van de opgenomen patiënten overlijden ten gevolge van vermijdbare schade. Voor het UMC Utrecht zou dat bij 26.000 opnames jaarlijks de volgende getallen geven:

Schade ten gevolge van de zorg:	1950 patiënten
Vermijdbare schade:	720 patiënten
Vermijdbaar overlijden	171 patiënten

### Plan van aanpak

#### a. Vermijdbare mortaliteit

400 statussen van in 2003 overleden patiënten zullen beoordeeld worden met behulp van Chart Review Instrument uit Canada, waarmee de bijdrage van vermijdbare incidenten op het overlijden wordt bepaald. Dit wordt herhaald met 400 statussen van patiënten die in 2006 zijn overleden.

De verwachting is niet dat het aantal vermijdbare doden in 2006 al significant gedaald is. Het streven is om onze getallen te kunnen vergelijken met de (inter)nationale getallen en een uitspraak te kunnen doen of het zinvol is om deze wijze van meten te blijven herhalen. Vanaf 2007 verwachten we een reductie van 10% per jaar te vinden, afhankelijk van de oorzaken van het overlijden.

---

<sup>3</sup> Baker RG, Norton PG, Flintheof V, et al. The Canadian Adverse event Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. JAMC 2004; 170(11): 1678-86.

*b. Incidenten in de zorg*

Op enkele afdelingen zal gedurende twee weken met eenvoudige en anonieme meldingsformulieren in de status bijgehouden worden hoe vaak incidenten met schade voor de patiënt zich voordoen. De uitkomst wordt vergeleken met het aantal gemelde incidenten, waardoor het percentage gemelde incidenten kan worden bepaald. Dit wordt elk jaar herhaald op verschillende afdelingen.

Een stijging van het percentage gemelde incidenten wordt beschouwd als een mate van succes van het project patiëntveiligheid. Het streven is dat in 2007 50% van de incidenten met schade voor de patiënt aan de MIP wordt gemeld. Uiteindelijk is het streven 100%.

*c. Beleving van patiënten:*

In samenwerking met de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie en de Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen wordt vanaf december 2004 met behulp van focusgroepen onderzoek gedaan naar de veiligheidsbeleving van patiënten.

In 2005 zal onderzoek worden gedaan of patiënten ook een bijdrage willen en kunnen leveren aan de eigen veiligheid tijdens hun verblijf in het ziekenhuis.

## **Plan van aanpak - Actie**

### **A. Reactief**

#### **Achtergrond**

Jaarlijks worden er bij de MIP rond de 700 meldingen gedaan van incidenten in de patiëntenzorg. Van de 700 MIP meldingen is in 15% van de gevallen sprake van schade bij de patiënt. Afgelopen jaar is er 4 maal een melding gedaan van mogelijk vermijdbaar overlijden. Er is een sterk vermoeden dat er minder gerapporteerd wordt dan dat zich voordoet.

Op een van de Intensive Care units heeft men een maand lang anonieme incidentmeldingsformulieren in de statussen gestopt die medewerkers konden invullen. Van deze afdeling komen er gemiddeld 15 MIP meldingen per jaar. Gedurende deze maand werden er zeer veel meldingen gedaan, waarvan 7 MIP meldingen (ruim 5-voudige stijging). Dit bevestigde het vermoeden dat lang niet alle incidenten worden gemeld.

In een ander ziekenhuis had men hetzelfde vermoeden en is er onderzoek gedaan naar de redenen waarom medewerkers incidenten niet melden. Daaruit kwamen 2 hoofdredenen naar voren:

- Het gevoel dat er niets met de melding wordt gedaan
- De angst dat melden negatieve gevolgen zal hebben voor de melder

Ook in een recent uitgevoerde enquête in het UMC Utrecht bleek dat sommige medewerkers uit angst voor consequenties spaarzaam zijn met MIP meldingen, hoewel 99% van de respondenten aangeeft het belangrijk te vinden dat incidenten gemeld worden.

Om maximaal gebruik te kunnen maken van incidenten om de zorg veiliger te maken zijn er dus twee stappen van belang:

- Het moet veilig zijn om incidenten te melden
- Het moet evident zinnig zijn om incidenten te melden

## **Plan van aanpak**

Het plan van aanpak is gericht op alle stappen die van belang zijn bij het organisatiebreed leren van incidenten:

1. het incident moet als zodanig herkend worden
2. het incident moet gemeld worden aan de MIP
3. er moet worden geselecteerd bij welke incidenten analyse zinvol is
4. het incident moet op adequate wijze geanalyseerd worden
5. de kennis van deze analyse moet gedeeld worden

### ad 1 Het incident moet als zodanig herkend worden

Om dit te bereiken moet de kennis over (het ontstaan van) incidenten en near-misses bevorderd worden. Alle nieuwe medewerkers dienen geschoold te worden in het herkennen van incidenten. Dit is uitgewerkt in het hoofdstuk “plan van aanpak – organisatie” (blz 12).

### ad 2 het incident moet gemeld worden aan de MIP

Begin 2005 moeten alle leidinggevenden bekend zijn met de werkwijze van de MIP en de algemene criteria voor het doen van een MIP melding. Ook moet hen bekend zijn waarom “veilig melden”<sup>4</sup> belangrijk is en welke rol zij hierin spelen. Deze kennis dient het afdelingshoofd te verspreiden onder de medewerkers.

Wanneer er een Electronisch Patiënten Dossier komt moet er een koppeling kunnen komen met het elektronische MIP formulier, om invullen zo eenvoudig mogelijk te maken.

Het streven is dat het aantal MIP meldingen een reëlere afspiegeling wordt van het aantal incidenten.

### Ad 3 er moet worden geselecteerd bij welke incidenten analyse zinvol is

Twee elementen bepalen of analyse zinvol is: de rol van individuele betrokkenden en het type incident.

---

<sup>4</sup> Cultuur waarbij het melden van een incident of onveilige situatie als positief beschouwd wordt en niet leidt tot negatieve gevolgen voor de melder (uitgezonderd: grove nalatigheid of opzettelijk wangedrag).

In 2005 zal met behulp van een pilot worden uitgezocht of de “Beslisboom na incident” een bruikbaar hulpmiddel is voor leidinggevendenden om te bepalen in hoeverre opzet of grove nalatigheid een rol hebben gespeeld bij een incident.

De MIP zal de incidenten classificeren en voor elk incident een risicoscore bepalen op grond van de ernst van het gevolg en de frequentie van vóórkomen. Vanaf 2005 is het hierdoor gemakkelijker om te kiezen welk type incident in aanmerking komt voor analyse.

Ad 4 het incident moet op adequate wijze geanalyseerd worden

Sinds oktober 2004 beschikken alle divisies over medewerkers die bekwaam zijn in Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie (SIRE). De MIP zal op bij geselecteerde incidenten deze medewerkers verzoeken om het incident volgens de SIRE methode te analyseren.

De projectorganisatie patiëntveiligheid heeft tot januari 2007 de tijd om een onderbouwde uitspraak te doen over de werkzaamheid en kosteneffectiviteit van SIRE als methode om incidenten te onderzoeken. SIRE wordt beoordeeld op:

- effect op meldingsbereidheid (aantal MIP meldingen)
- effect op attitude en bewustzijn medewerkers (bepaald via enquête)
- effect op patiëntveiligheid (vermijdbare mortaliteit / incidenten)
- kosteneffectiviteit

Ad 5 de kennis van deze analyse moet gedeeld worden

Er zal in de loop van 2005 een systeem komen waardoor kennis, met name verbeteracties, die voortkomt uit een SIRE gedeeld wordt met relevante groepen/afdelingen. Kenmerken van dit systeem zijn:

- het is helder welke informatie aan wie beschikbaar moet komen
- informatie wordt actief aangeboden
- informatie is bruikbaar voor doelgroep
- informatie is nadien laagdrempelig toegankelijk

## B. Pro-actief

### **Achtergrond**

Mondiaal wordt steeds meer aandacht gelegd op proactieve risicobeheersing in de gezondheidszorg. Binnen en buiten de gezondheidszorg is de meest gebruikte methode hiervoor FMEA (Failure Mode and Effect Analysis). Er bestaat sinds 2001 een aangepaste versie hiervan, genaamd HFMEA (Healthcare Failure Mode and Effect Analysis). In 2004 heeft een pilot plaatsgevonden op een afdeling van het UMC Utrecht waarbij een risicovol proces (waar nog zich geen incident had afgespeeld) is onderzocht. De pilot leerde dat HFMEA veel tijd kost (140 uur) maar zinvol lijkt, mits toegepast op een risicovol proces. Het geeft een gedetailleerd overzicht van het proces, waar er iets verkeerd kan gaan en wat er gedaan kan worden om dit te voorkomen. Er wordt ook voorzien in een prioritering van de aanbevelingen.

### **Plan van aanpak**

- Proces kiezen: Elke divisie zal in 2005 worden gevraagd een top 3 samen te stellen van meest risicovolle processen ("zwarte pistes").
- Analyseren: In 2005 zal gestart worden om per divisie een risicovol proces te analyseren met behulp van HFMEA.
- Borgen: Het divisiemanagement zal schriftelijk aan de Raad van Bestuur beargumenteren welke aanbevelingen zij wel en niet overneemt en hoe de in te voeren maatregelen zullen worden geborgd.

## **Plan van aanpak – Organisatie**

### **A. Scholen**

#### **Achtergrond**

In de opleiding tot arts, verpleegkundige of medisch personeel wordt geen aandacht besteed aan de oorzaak van menselijke fouten, hoe deze kunnen leiden tot schade en hoe hiervan kan worden geleerd.

De enige structurele kennis die aan medewerkers wordt overgedragen met betrekking tot hun rol in patiëntveiligheid op ziekenhuisniveau is een korte uitleg over de Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg (MIP) tijdens het algemene introductieprogramma. Regelmatig blijkt dat medewerkers desondanks onvoldoende op de hoogte zijn van de werkwijze van de MIP.

Indien medewerkers basale kennis hebben over de psychologie achter het ontstaan van fouten, zullen zij beter in staat zijn om deze te herkennen, ervan te leren en herhaling te voorkomen. Potentieel gevaarlijke situaties worden eerder herkend en patiënten zullen hierdoor minder schade oplopen.

Indien de medewerkers op de hoogte zijn van het doel en de werkwijze van de MIP zullen zij wellicht eerder geneigd zijn incidenten te melden.

#### **Plan van aanpak**

Vanaf 2005 zullen patiëntveiligheid en de MIP beter gepositioneerd worden in het algemene introductieprogramma, opdat deze nieuwe kennis niet verloren gaat tussen de rest van het programma. Daarnaast zal deze kennis gemakkelijk bereikbaar te zijn voor alle medewerkers.

Er zal uitgezocht worden of het mogelijk is om een korte, pakkende introductiefilm te maken waarin patiëntveiligheid wordt belicht.

## B. Stimuleren

### **Achtergrond**

Uit onderzoek blijkt dat organisaties wat betreft de omgang met fouten te onderscheiden zijn in 2 groepen. Organisaties met een cultuur van foutenpreventie en organisaties met een cultuur die zich richt op foutenmanagement.

In het eerste type organisatie is de inspanning erop gericht fouten te voorkomen; gaat het dan toch mis, dan worden de fouten afgestraft.

In het tweede type organisatie zie je juist dat men aandacht heeft voor mogelijke fouten, fouten snel signaleert, ervan leert en daardoor de gevolgen van fouten zoveel mogelijk weet te beperken<sup>5</sup>.

Om een organisatie te worden die maximaal leert van ongewenste uitkomsten zullen we dus een stimulerende omgeving moeten creëren om de ongewenste uitkomsten te benoemen en te bespreken.

### **Plan van aanpak**

In 2004 is begonnen met bewust werken aan een cultuur waarin open gesproken kan worden over ongewenste uitkomsten en risicovolle situaties. De voorbeeldfunctie van leidinggevendenden is hierbij van groot belang.

Zoals eerder genoemd zal onderzocht worden of de “Beslisboom na incident” (zie pagina 16) kan bijdragen aan een helder beleid aangaande de beoordeling van medewerkers die betrokken zijn bij incidenten.

Of de cultuur positief verandert kan, zeker in de eerste jaren, afgeleid worden aan het aantal MIP meldingen en middels enkele concrete vragen in het MBTO.

In de overleggen tussen Raad van Bestuur en divisie en tussen divisie en afdelingen, zal het aantal en aard van de MIP meldingen besproken worden. In 2005 zal hiervoor een item ontwikkeld worden voor de Balanced Score Card

---

<sup>5</sup> Baars, M. Leerklimaat - de culturele dimensie van leren in organisaties. Tilburg, 2004.

## C. Communiceren

### **Achtergrond**

Het streven om maximaal te leren behelst ook het verspreiden van de kennis die opgedaan wordt gedurende het project patiëntveiligheid.

### **Plan van aanpak**

Resultaten van het project patiëntveiligheid zullen zoveel mogelijk openbaar gemaakt worden.

Sinds september 2004 heeft het UMC Utrecht een website waarop het patiëntveiligheid beleid en de voortgang beschikbaar is voor de buitenwereld ([www.patiëntveiligheid.nl](http://www.patiëntveiligheid.nl)).

De projectorganisatie zal deze site minstens eenmaal per 3 maanden bijwerken en in de loop van 2005 ook een Engelstalige versie maken ([www.patientsafety.nl](http://www.patientsafety.nl)).

Er zal een actieve rol gespeeld worden in het in oprichting zijnde Nationaal Platform Patiëntveiligheid, opdat het UMC Utrecht nauw betrokken blijft bij de maatschappelijke ontwikkelingen rondom het thema patiëntveiligheid.

# Project Patiëntveiligheid en VMS

## Achtergrond

In november 2004 is het Rapport Willems over veiligheid in de zorg uitgekomen<sup>6</sup>. In dit rapport worden vier adviezen gegeven aan de Minister van VWS. De minister heeft aangegeven alle vier de adviezen over te zullen nemen.

Het eerste advies is dat alle ziekenhuizen per 01-01-2008 werken met een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Een VMS bestaat uit een set van maatregelen die tot doel hebben om de veiligheidsdoelstellingen te bereiken. Het Rapport Willems geeft hierin een richting aan maar laat veel ruimte voor nadere invulling.

## Onderdelen VMS volgens Rapport Willems

1. Risicoinventarisatie: wat kan er mis gaan, hoe erg is dat en wat moet er gebeuren wanneer het mis gaat? Om goede prioritering te kunnen maken raadt Willems aan gebruik te maken van een risicomatrix.
2. Systeem voor veilig melden: Veilig melden houdt in dat medewerkers erop kunnen vertrouwen dat het melden van een incident niet leidt tot een sanctie.
3. Analyse van incidenten: Willems adviseert hiervoor PRISMA of SIRE te gebruiken.
4. Systeem om verbetermaatregelen en aanbevelingen te managen.

Daarnaast wordt gesteld dat de directie verantwoordelijk is voor de cultuur en dat de leiding zich volledig moet inzetten om het belang ervan steeds weer uit te dragen.

## Plan van aanpak VMS

Alle onderdelen van het VMS zitten verwerkt in het project patiëntveiligheid, waardoor het UMC Utrecht in 2007 een werkend VMS verwacht te hebben.

1. Risicoinventarisatie: is HFMEA (blz 11). Hierin wordt gewerkt met een risicomatrix.
2. Systeem voor veilig melden: Veilig Melden (blz 9) wordt reeds gestimuleerd en het effect zal gemeten worden (blz 7).
3. Analyse van incidenten: sinds eind 2004 wordt SIRE gebruikt (blz10).
4. Systeem om verbetermaatregelen en aanbevelingen te managen. Er wordt gezocht naar een geschikt item hiervoor in de Balanced Score Card (blz 13).

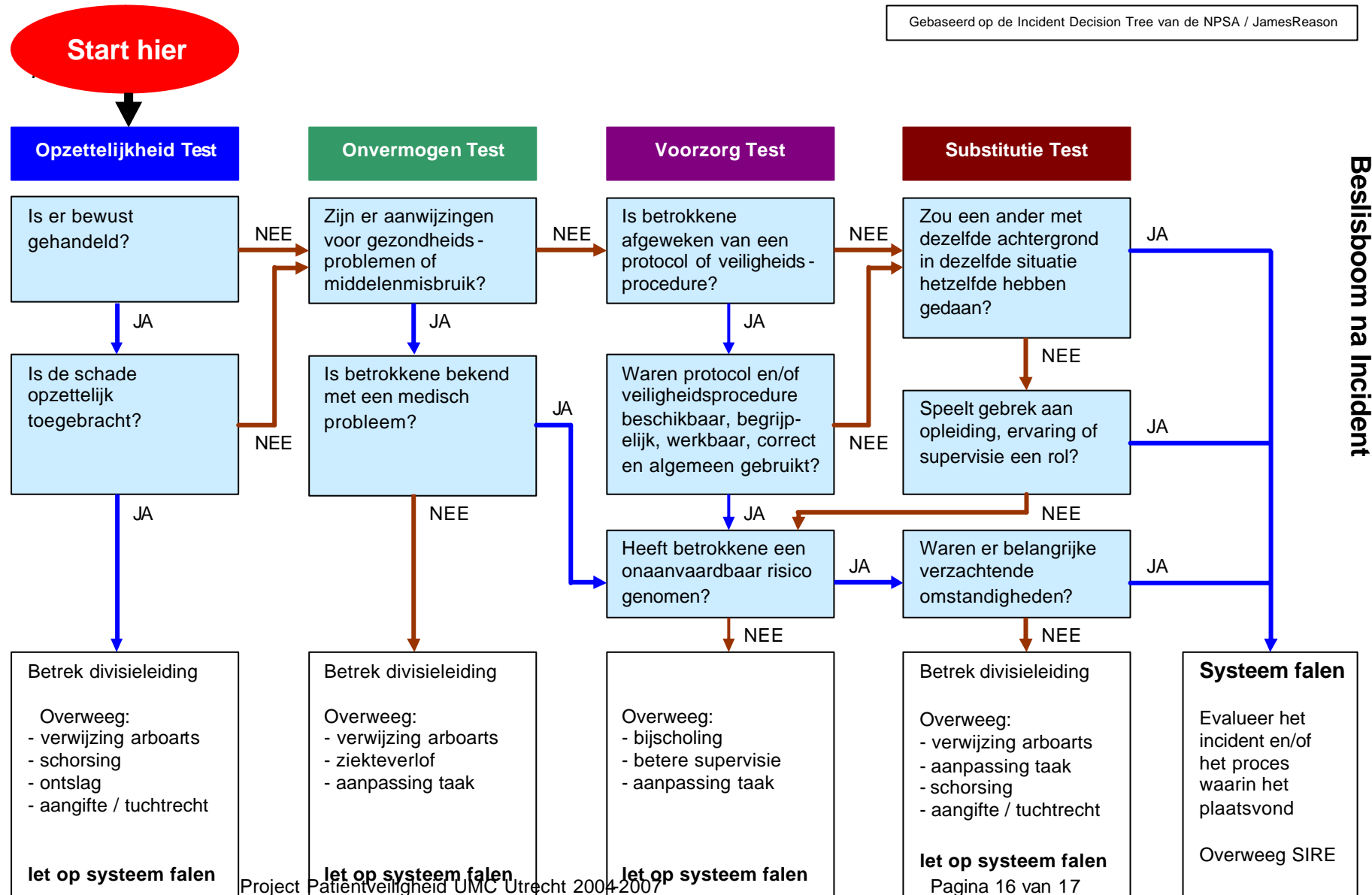
<sup>6</sup> Hier werk je veilig, of je werkt hier niet. Sneller Beter – De veiligheid in zorg. November 2004. ([www.snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl))

# BESLISBOOM NA INCIDENT – checklist voor leidinggevenden

Werk de boom voor elk betrokken personeelslid apart af

2

Gebaseerd op de Incident Decision Tree van de NPSA / JamesReason



Beslisboom na Incident

## Begrippenlijst

**HFMEA** Healthcare Failure Mode and Effect Analysis. HFMEA is een methode voor pro-actieve risicoanalyse, waarbij een proces geheel in kaart wordt gebracht. Systematisch worden alle manieren waarop het proces kan falen ("failure modes" of "faalwijzen") benoemd en beoordeeld op hun potentiële effect. Vervolgens worden maatregelen bedacht die de kans op ontstaan van deze faalwijzen kunnen verminderen danwel het effect ervan kunnen beperken.

**MIP** Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg.

### Risicomanagement

Het opsporen en voorkomen van (potentieel) schadelijke situaties

**SIRE** Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie. In Engelstalige landen heet het Root Cause Analysis (RCA). SIRE is een methode om het ontstaan en verloop van incidenten inzichtelijk te maken. Hierdoor wordt het mogelijk om de basisoorzaken (root causes) te identificeren en gefundeerde maatregelen te nemen om te voorkomen dat deze oorzaken zich herhalen danwel voorkomen dat deze oorzaken in de toekomst wederom kunnen leiden tot schade.

### Veilig Incident Melden

Cultuur waarbij het melden van een incident of onveilige situatie als positief beschouwd wordt en niet leidt tot negatieve gevolgen voor de melder (uitgezonderd: grove nalatigheid of opzettelijk wangedrag).

**VMS** Veiligheidsmanagementsysteem. Bestaat uit een set van maatregelen die tot doel hebben om de veiligheidsdoelstellingen te bereiken (zie pg 15).

Zie ook de sites op Scoop en  
[www.patiëntveiligheid.nl](http://www.patiëntveiligheid.nl)