



NFU
NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA



Patiëntveiligheid, de handen ineen

Patiëntveiligheid,
de handen ineem

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
2	Inventarisatie van bestaande UMC-veiligheidsprojecten en hun context	7
3	De verankering van het veiligheidsmanagementsysteem in het kwaliteitssysteem	8
4	Predictieve en retrospectieve analysemethoden	9
5	Veilig melden	15
6	Onderwijs en opleiding: de curriculumonderdelen over patiëntveiligheid,	17
7	Conclusie	18

BIJLAGEN

Bijlage 1	Samenstelling werkgroep	20
Bijlage 2	Definities volgens de definitielijst van de IGZ, juni 2005	21
Bijlage 3	Projectvoorbeelden met namen van contactpersonen en/of websites	27
Bijlage 4	Literatuur en website verwijzingen	42
Bijlage 5	Voorbeeld digitaal meldingsformulier	44
Bijlage 6	Keuzes bij de invoering van een systeem voor Veilig Incident Melden	47
Bijlage 7	Onderdelen van het Curriculum Patiëntveiligheid	50

In de zomer van 2005 zijn VWS en de NFU met elkaar in gesprek gekomen over de rol die de UMC's als kenniscentra kunnen spelen bij het bieden van oplossingsrichtingen voor maatschappelijke vraagstukken. De achtergrond en informatie over deze maatschappelijke opgaven zijn beschreven in het boekje Maatschappelijke Opgaven Volksgezondheid en Gezondheidszorg van het ministerie van VWS, maart 2006.

Door VWS en de NFU zijn gezamenlijk enkele concrete onderwerpen¹ gekozen waar de inzet van experts uit de UMC's meerwaarde zou hebben. Voor elk onderwerp zijn werkgroepen van UMC-experts samengesteld. Zij hebben samen met enkele VWS-vertegenwoordigers de vraagstelling nader gespecificeerd en zijn gekomen tot een geëigende werkwijze en een doelstelling voor een eindproduct. Het onderwerp, de gekozen probleemdefinitie en de oplossingsrichting bepaalden welke eindproducten mogelijk waren. Dit kon variëren van een adviesrapport tot een projectvoorstel een maatschappelijk debat of een curriculum. Belangrijk voor VWS was dat ook aandacht geschonken zou worden aan verspreiding van kennis buiten de UMC's.

Het onderwerp patiëntveiligheid dat in dit advies centraal staat, heeft extra aandacht gekregen na het verschijnen van het rapport van Willems 'Hier werk je veilig, of hier werk je niet'². Dit rapport heeft een impuls gegeven aan de brede aandacht voor veilig werken en patiëntveiligheid. Het advies om per 2008 te werken met een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem (VMS) is door de minister omarmd. Dat wil overigens niet zeggen dat er voor die tijd geen aandacht aan werd besteed. Het advies van Willems geeft echter wel meer richting en laat tevens veel ruimte over voor nadere invulling. De mogelijke onderdelen die Willems in het rapport noemt zijn:

1. Risico-inventarisatie
2. Systeem voor veilig melden
3. Analyse van incidenten
4. Systeem om verbetermaatregelen en aanbevelingen te managen

¹ Patiëntveiligheid, hartfalen, COPD en grenzen aan zorg.

² Eindrapportage Shell Nederland voor Sneller Beter. Den Haag, 2004.

De expertgroep patiëntveiligheid is vijf keer bijeengewees onder voorzitterschap van prof.dr. Buruma. Voor de samenstelling van de werkgroep wordt verwezen naar de bijlage. Als doelstellingen zijn geformuleerd:

- Inventariseren welke initiatieven gaande zijn in de UMC's op het gebied van patiëntveiligheid;
- Beschrijven op welke wijze het VMS is ingebed in de organisatie / verankerd in het kwaliteitssysteem;
- Een (contextgebonden) handreiking geven voor het gebruik en de keuze van incident-analysemethoden als onderdeel van een VMS;
- Een handreiking bieden voor het ontwikkelen van een systeem voor veilig incidenten melden;
- Bieden van curriculumonderdelen over patiëntveiligheid.

Deze doelstellingen zijn vertaald in paragrafen en zullen in samenhang worden beschreven. Dit rapport heeft niet tot doel om een kant-en-klare handleiding aan te bieden voor de invoering van een VMS. Veeleer heeft het als doel om betrokkenen in instellingen bewust te maken van de plaats die een VMS in de eigen organisatie kan innemen. Daarvoor is het noodzakelijk om de structuur en cultuur van de eigen organisatie in samenhang te zien met de elementen van een VMS. Bij het maken van keuzes voor structuren en instrumenten kan dit advies helpen zorgvuldig en systematisch afwegingen te maken.

Opgemerkt wordt dat bij de hantering van terminologie op het gebied wordt aangesloten bij de definities van de IGZ, zoals staat beschreven op hun website (zie bijlage).

2 | Inventarisatie van bestaande UMC-veiligheidsprojecten en hun context

Op 26 april 2006 werd in het UMC Utrecht een conferentie gehouden over patiëntveiligheid: Veiligheid in Veelkleurigheid. Het programma bood een bloemlezing van initiatieven van elk van de acht UMC's, zonder de pretentie te hebben compleet te zijn. De conclusie van de dag was dat het onderwerp overal nadrukkelijk op de agenda staat en dat 'hèt VMS' niet bestaat. Zolang criteria voor een effectief en efficiënt VMS voor de gezondheidszorg nog niet bestaan is het de publieke taak van de UMC's om dit (mede) te ontwikkelen en te koppelen aan onderzoek. Momenteel bloeien er vele bloemen en er worden veel lessen geleerd, op afdelingsniveau en organisatiebreed, over instrumenten en processen. Streven naar uniformiteit en convergentie is daarbij geen doel op zich. Een systeem moet immers ook bij de eigen organisatiestructuur en -cultuur passen. Dat neemt niet weg dat wel van elkaar wordt geleerd, dat afstemming nuttig is en convergentie zinvol kan zijn.

Het nog ontbreken van een evidence based VMS is geen reden om te wachten met het invoeren van (onderdelen van) een VMS; meer dan eens is opgemerkt dat een dubbelblind onderzoek niet nodig is om het nut van een parachute aan te tonen. Dat geldt ook voor een VMS: dit is nuttig en noodzakelijk.

De werkgroep heeft een inventarisatieronde gehouden bij alle UMC's om projecten en processen op het gebied van patiëntveiligheid in kaart te brengen. Door de activiteiten te categoriseren is goed zichtbaar waar expertise en informatie over veiligheidsmanagement bestaat. Doel is om de toegankelijkheid tot bestaande kennis en ervaring te vergroten. In bijlage 3 van de notitie is een (niet uitputtend) overzicht bijgevoegd van initiatieven in de UMC's. Steeds is aangegeven welk kernbegrip het betreft, gevolgd door beknopte praktische en inhoudelijke informatie. Daarnaast is een bezoek aan de website www.patiëntveiligheid.nl nuttig, alwaar de presentaties van de conferentie van 26 april te downloaden zijn: 'Veiligheid in Veelkleurigheid'. In bijlage 4 staan meer suggesties voor websites en is een beknopte literatuurlijst over het onderwerp opgenomen.

3 | De verankering van het veiligheidsmanagementsysteem in het kwaliteitssysteem

Een VMS kan niet gezien worden als een losstaand systeem maar dient geborgd te worden in een groter geheel. Het is belangrijk om veiligheid te benoemen in het strategisch beleid, het is noodzakelijk om het VMS in te bedden in de (medische) bedrijfsvoering en onderdeel te maken van het kwaliteitssysteem, gekoppeld aan een accreditatiesysteem. Anders gezegd, elk ziekenhuis heeft een (geaccrediteerd / gecertificeerd) kwaliteitssysteem, waarvan riskmanagement en patiëntveiligheid een expliciet onderdeel (moeten) uitmaken. Nog anders gezegd, een VMS is een verbijzondering van het kwaliteitssysteem.

Een kwaliteitssysteem wordt als volgt gedefinieerd: de organisatorische structuur, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzieningen nodig voor de uitvoering van het kwaliteitsbeleid en het bereiken van de vastgestelde kwaliteitsdoelstellingen. Dit geheel kan worden vertaald in metingen van gewenste en ongewenste uitkomsten ofwel (prestatie)indicatoren, (het aantal) MIP-meldingen, analyses van incidenten en fouten, preventieve risicoanalyses, audits, klachten, literatuur, etc.

Door verbinding van retrospectieve analyse van fouten, incidenten en complicaties ten behoeve van secundaire preventie en een predictieve benadering met primaire preventie ontstaat een omsingelingsstrategie van het begrip (on)veiligheid. De resultaten van beide benaderingen leveren de input voor verbeteracties: de zogenaamde plan-do-check-act cyclus. Een bruikbaar instrument daarbij is bijvoorbeeld de Balanced Score Card³.

³ Een Balanced Score Card vertaalt de visie & strategie van de instelling vanuit vier perspectieven in een uitgebalanceerd beleid, beschrijft werkprocessen en meet en analyseert prestaties.

Twee belangrijke elementen van het VMS zijn risico-inventarisatie en analyse van incidenten.

Er bestaan diverse methoden voor beide en er zullen naar verwachting in de nabije toekomst nog veel (commerciële) methoden bijkomen. Het is tevens denkbaar dat methoden elementen van elkaar over zullen nemen of tot synthese overgaan. De methoden zijn niet ‘goed of slecht’, maar wel meer of minder geschikt voor concrete vraagstukken. De keuze voor een methode hangt af van de context en het doel waarvoor deze gebruikt wordt. Een intensieve, tijdrovende methode is niet nodig voor vaker voorkomende (bijna-)incidenten zonder of met beperkte schade. Val-incidenten kunnen weliswaar ernstige gevolgen hebben, maar veelal blijft het leed beperkt. Toch is analyse nodig en is het nuttig om een databestand op te bouwen. Gestructureerde gegevens over eenzelfde type incident kunnen handvatten bieden voor het ontdekken van systeemfouten en het realiseren van structurele verbeteringen die op basis van een enkel incident vaak niet zichtbaar worden. Een standaard, digitaal formulier met voorgestructureerde vragen maakt zowel invullen gemakkelijk als analyse. In de paragraaf over veilig melden zal hier nader op worden ingegaan.

Een ernstig incident in multidisciplinair verband met verstrekkende, soms fatale gevolgen en kans op herhaling vraagt wel om een brede en diepgravende analyse. In dergelijke gevallen voldoet een eenvoudig invulformulier niet.

In deze paragraaf worden eerst de meest voorkomende methoden kort beschreven. Vervolgens worden enkele criteria benoemd die behulpzaam kunnen zijn bij het maken van een keuze. Dat betekent dat methodes naast elkaar gebruikt kunnen worden of zelfs na elkaar. Als achter een ogenschijnlijk ‘eenvoudig’ incident meer risico en complexiteit schuilgaan dan aanvankelijk kon worden vermoed, kan een andere methode dienstig zijn.

Voor risico-inventarisatie en -analyse kan gebruik worden gemaakt van de **HFMEA** (Healthcare Failure Mode and Effect Analysis) methode. Dit is een methode voor predictieve risicoanalyse die in 2001 is ontwikkeld door het Amerikaanse National Center for Patient Safety. Het systeem wordt (in

Utrecht) ook wel PARA (ProActive RisicoAnalyse) genoemd en richt zich op ‘accidents waiting to happen.’

Een pilot in het UMC Utrecht leert dat de methode veel tijd kost (140 uur) maar zinvol lijkt. Belangrijk voordeel is dat het een multidisciplinaire aanpak kent en de mogelijkheid biedt om ook (familie van) patiënten bij het proces te betrekken. Het geeft een gedetailleerd overzicht van wat er mis kan gaan. In combinatie met de risicomatrix leidt het tot een prioritering van de aanbevelingen. Een risicomatrix, die ook wordt aangeraden in het rapport van Willems, combineert de (vermoedelijke) ernst van de gevolgen van het incident met de geschatte kans dat het desbetreffende incident optreedt.

Een andere methode om risico-inventarisatie en assesment uit te voeren is de **Tripod-methode**. Dit model is uniek omdat risicofactoren, preventieve en herstelmaatregelen in één model zijn verenigd. Het grote voordeel van toepassing van de Tripod-methode is dat de soorten verborgen gebreken en de managementbeslissingen die aan die fouten hebben bijgedragen, gerichter kunnen worden geïdentificeerd. Hierdoor is het mogelijk om bij de analyse van het incident de afzonderlijke gebeurtenissen los te koppelen van de zwakke punten van het systeem en wordt duidelijk welke aspecten aangepast moeten worden teneinde een veiliger werkklimaat te creëren.

Tripod laat zien hoe incidenten kunnen gebeuren en brengt de verborgen gebreken aan het licht. Met behulp van Tripod kan men een causale reeks gebeurtenissen identificeren en interpreteren. De analyse heeft een tweeledig doel: het vaststellen van de in de boom aangegeven kritische gebeurtenissen en het verschaffen van een beter inzicht in de onderliggende oorzaken.

In de luchtvaart en petrochemische industrie is ruime ervaring opgedaan met dit model. In het LUMC en het AMC wordt dit model vertaald naar de ziekenhuissetting.

Voor analyse van incidenten worden twee methoden genoemd in het rapport van Willems: SIRE en PRISMA. Ook de Tripod-methode kan voor analyse van incidenten worden gebruikt.

SIRE staat voor Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie en is de Nederlandse variant van de Root Cause Analysis uit de VS. Het is een gestructureerde methode waarmee incidenten dusdanig kunnen worden onderzocht en geanalyseerd dat ervan wordt geleerd en dat herhaling van dergelijke incidenten in de toekomst kan worden voorkomen. Net als PRISMA past SIRE in het systeemdenken. Dit houdt in dat processen worden beschouwd als een geheel van aaneengesloten onderdelen die invloed hebben op elkaar en op de uitkomst van het proces. Menselijke handelingen staan dus niet op zichzelf, maar zijn ingebed in een proces. Mensen zullen altijd fouten blijven maken en het systeem waarin mensen werken moet zo ontworpen zijn dat deze fouten worden ontdekt of opgevangen voordat ze tot schade leiden⁴. Een veelgebruikt model voor systeemdenken in het ‘Zwitserse Kaas Model’ van James Reason, dat ook in het rapport van Willems is opgenomen.

Een belangrijke voorwaarde voor het gebruik van SIRE is de vrijheid van spreken van de betrokken medewerkers, waarbij nauwlettend wordt vermeden om een schuldige te zoeken. Het ontstaan en verloop van het incident worden zo inzichtelijk en oorzaken kunnen worden benoemd, waarmee de basis wordt gelegd voor maatregelen ter voorkoming van herhaling. Tevens kunnen ‘herstellende componenten’ worden benoemd die de schade hebben beperkt en zouden moeten worden versterkt.

PRISMA staat voor Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis. De methode bestaat uit drie stappen:

- 1 Onderzoek, aanvullende vragen en stopregels, leidend tot een oorzakenboom met faal- en herstelgedrag.
- 2 Classificatie van basisoorzaken en contextvariabelen; dit wordt tevens gebruikt voor de opbouw van een database.
- 3 Identificeren van dominante latente problemen om optimale maatregelen te kunnen nemen (classificatie / actiematrix).

PRISMA levert een objectief en compleet beeld op van het incident en leent zich relatief beter dan SIRE voor minder omvangrijke incidenten. De methode voorziet in een overzicht van de verschillende factoren die aan

⁴ Bron: Patiëntveiligheid. Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie, I.P. Leistikow en K. den Ridder, 2005.

de basis van de geanalyseerde incidenten hebben gestaan. Hierdoor kunnen maatregelen worden genomen die niet gebaseerd zijn op één enkel incident, maar op de uitkomst van meerdere incidenten. Bovendien richt het zich zowel op faal- als herstelgedrag.

Delftse agentschapmethodiek - (dhr. dr. ir. F. Koornneef, TU Delft)

In de Delftse aanpak worden principes van Organisatorisch Leren toegepast om als organisatie te leren van verstoringen in werkprocessen. Een cruciale rol is hierbij weggelegd voor het “leeragentschap” methodologisch ondersteund door een “leeragent”.

Op de afdeling Neonatologie van het LUMC wordt ECFA+ (Events and Conditional Factors Analysis) gebruikt voor incidentreconstructie. Er is een business procesmodel ontwikkeld, waarin het overzicht van de procesgang die wordt doorlopen voor de patiënt zichtbaar is. Deze methode is o.a. beproefd in waarheidsvinding van de vuurwerkramp in Enschede en de cafébrand in Volendam. Voor het gericht vinden van systeem factoren is 3CA (Change Control Cause Analysis) beschikbaar. Beide methoden zijn beschikbaar in het publieke domein (www.nri.eu.com); toerusting op vaardigheidsniveau van eigen “leeragenten” vereist een korte training en enige begeleide praktijkervaring.

Toetsingscriteria

Bij de keuze voor een instrument kan naar diverse eisen / kenmerken worden gekeken, onderverdeeld in het instrument zelf en in de toepassing daarvan.

A. Het analyse-instrument.

- Is het instrument bedoeld voor retrospectieve of voor predictieve analyse?
- Ligt er een (eenduidige) theorie ten grondslag aan het instrument (systeendenken; bijvoorbeeld Reason, Rasmussen)?
- Richt het instrument zich op technische, organisatorische en menselijke oorzaken?
- Leent het instrument zich ook voor latente oorzaken, ofwel hoe diepgaand is het instrument?
- Op welk spectrum richt het instrument zich: van kleine/bijna fouten tot fataliteit?

-
- Besteedt het instrument aandacht aan faal- en herstelfactoren?
 - Wat is de reikwijdte van het instrument?
 - detectie
 - selectie
 - beschrijving
 - oorzakenclassificatie
 - database-analyse/ diagnose
 - bepaling verbetermaatregel
 - implementatie & evaluatie
 - Wat is er bekend over de validiteit en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid?
 - Leent het instrument zich voor auditing?

B. De toepassing

- Gaat het instrument er vanuit dat alle data die nodig is voor de analyse aanwezig is, of voorziet het in hulp bij het vergaren van de benodigde data?
- Hoeveel tijd kost het om zich de methode eigen te maken?
- Hoeveel tijd is er nodig om een incident of een risicovolle situatie te analyseren?
- Hoe bruikbaar is het instrument voor het beoogde doel?
- Hoe flexibel is het instrument (op diverse niveaus en in diverse situaties toepasbaar)?

Naast het instrument zelf en de toepassing is het goed rekening te houden met de organisatiestructuur en -cultuur. De inbedding van het VMS in de organisatie bepaalt mede wie de instrumenten hanteren en wie getraind worden, wat centraal en decentraal zal plaatsvinden. Een sterke afdelingsgerichte oriëntatie vraagt een andere benadering dan een centrale, sturende en ondersteunende afdeling kwaliteit.

Het is van belang om aandacht te besteden aan de keuze van het meest geschikte instrument en methode, zeker als het een forse investering betekent voor het trainen van personen. Toch is een relativerende opmerking op zijn plaats. Het belangrijkste is om een proces in gang te zetten en te leren van de ervaringen. Eenvoudig gezegd: “het maakt niet uit wat je doet, als je maar iets doet”.

Deze paragraaf wekt wellicht ten onrechte de indruk dat het kiezen en toepassen van instrumenten voor risico-inventarisatie en incident analyse volstaat bij de invoering van een VMS. Niets is minder waar. Een VMS maakt een onderdeel uit van een kwaliteitssysteem dat ingebed en geborgd moet zijn in de organisatie en waarvan riskmanagement en patiëntveiligheid een expliciet onderdeel (moeten) uitmaken. Elementen van het VMS worden in deze notitie nader toegelicht, maar moeten steeds in de context van de eigen organisatie worden gezien. Dat geldt ook voor de volgende paragraaf, veilig melden.

Het melden van fouten en incidenten heeft geen zin als het slechts bij wijze van ritueel gebeurt. Pas als melding gekoppeld worden aan het leren van fouten en secundaire preventie voegt melden iets toe. Die koppeling is het meest effectief als het op decentraal niveau plaatsvindt. Een snelle verwerking en terugkoppeling naar de melder geeft een grotere betrokkenheid van de individuele medewerkers en maakt multidisciplinaire analyse op de afdeling waar de gebeurtenis heeft plaatsgevonden mogelijk. Leren van fouten staat daarbij centraal, of, anders gezegd, het systematisch toetsen van de kwaliteit van het zorgproces en het verbeteren van het eigen handelen

Naast decentrale melding en behandeling van incidenten is het ook van belang om overzicht te hebben over het geheel aan meldingen waardoor het signaleren van trends mogelijk wordt. Daar ligt vooral de meerwaarde van een centrale meldingscommissie.

Op veel afdelingen is het inmiddels mogelijk om per computer (anoniem) te melden. Een voorgestructureerd digitaal formulier maakt het opbouwen van een databestand mogelijk en vergemakkelijkt de analyse op een hoger aggregatieniveau. Een voorbeeld van zo'n formulier is opgenomen in de bijlage.

Hoewel blamefree reporting een belangrijk onderwerp is wordt er in dit rapport inhoudelijk niet dieper op ingegaan. Hiervoor wordt verwezen naar het onderzoek in opdracht van ZonMW onder leiding van de heer Legemaate dat binnenkort wordt afgerond. ('Melden van incidenten in de gezondheidszorg'.)

Toch een kanttekening. Bij het optreden van een ernstig (fataal) incident is een belangrijke en wellicht de moeilijkste opdracht om de betrokkenen in alle openheid te laten praten. Prof. mr. J. Legemaate geeft in het artikel 'Patiëntveiligheid en patiëntenrechten' helder het verschil weer tussen het doel van een veilig-meldensysteem en het analyseren van een casus in termen van schuld en aansprakelijkheid: 'Een analyse in het kader van een veilig-meldensysteem is niet gericht op het beantwoorden van vragen in de sfeer van schuld en aansprakelijkheid, maar op het identificeren en wegnemen van oorzaken. Een dergelijke analyse dient niet het belang van de patiënt op wie het incident betrekking had, maar het belang van de kwaliteit van de toekomstige zorg.'⁵

Het onderhavige advies richt zich niet op juridisering van incidenten en niet op de schuldvraag. De aandacht gaat uit naar blamefree of blamefair melden en wat nodig is om dat te realiseren.

Bij het invoeren van een systeem voor Veilig Incident Melden, als onderdeel van een VMS, moeten tal van keuzes worden gemaakt. Aan het begin van een dergelijk traject kan het lastig zijn om alle elementen te overzien. Steeds moeten relaties worden gelegd met kenmerken en structuren binnen de eigen organisatie, zodat het systeem geborgd wordt.

Als handreiking is in de bijlage een stappenplan opgenomen bij de invoering van een dergelijk systeem, gebaseerd op de ervaringen in het UMC St Radboud.

⁵ J. Legemaate. Patiëntveiligheid en patiëntenrechten, Medisch Contact, Publicatie: Nr. 19 - 12 mei 2006, Pagina: 784-787. Dit artikel is gebaseerd op de rede die hij op 10 mei hield bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar gezondheidsrecht aan de VU,

6 | **Onderwijs en opleiding:** **de curriculumonderdelen over patiëntveiligheid**

Veiligheid en praten over fouten en incidenten is geen gemeengoed, zeker niet in de gezondheidszorg. Gezondheidszorg is mensenwerk, van mensen, met mensen en voor mensen. Als daar iets mis gaat levert dat schade op voor de patiënt, voor diens naasten, voor het zelfvertrouwen en de reputatie van degene die betrokken is bij het incident en voor de reputatie van afdeling en instelling. Meer dan elders lijken de persoonlijke betrokkenheid en de professionele trots groot. Des te belangrijker is het om een cultuur te hebben of te creëren waarin praten over fouten en daarvan leren gemeengoed is.

Aandacht voor patiëntveiligheid in initiële en vervolgoopleidingen, evenals in bij- en nascholing levert een bijdrage aan het realiseren van deze 'cultuurverandering'. Om dit te stimuleren ligt er een rol bij de wetenschappelijke verenigingen, die cursussen patiëntveiligheid zouden moeten accrediteren, zodat cursisten er 'punten' mee kunnen behalen. De ontwikkeling en de uitvoering van (cursorisch) onderwijs behoort tot een van de kerntaken van de UMC's. Alle UMC's zijn actief bij het ontwikkelen en uitvoeren van disciplineoverstijgend onderwijs. Daarbij wordt gewerkt aan gelijklopende eindtermen die voldoende ruimte overlaten voor eigen invulling. Dergelijk cursorisch onderwijs komt zowel ten goede aan de eigen, interne organisatie als aan andere instellingen. De Onderwijs- en OpleidingsRegio's (OOR's) vormen een goed vehikel om instrumenten en ervaringen te verspreiden.

Benadrukt wordt dat scholing en de invoering van een VMS weliswaar kunnen bijdragen aan genoemde cultuurverandering, maar niet voldoende is. Het voert echter te ver om in dit rapport nader op dit onderwerp in te gaan; hierover zijn voldoende boekwerken beschikbaar. Wel is in de bijlage een voorstel opgenomen van een beschrijving van onderdelen voor een curriculum over patiëntveiligheid, zoals dat vanaf november 2006 wordt toegepast in het UMC Utrecht in het disciplineoverstijgend onderwijs voor aios.

Deze notitie heeft als doel om een handreiking te bieden bij het invoeren van een VMS. Geconcludeerd mag worden dat een VMS geen op zichzelf staand fenomeen is, maar een onlosmakelijk onderdeel uitmaakt van het brede organisatieperspectief en in het bijzonder van het kwaliteitssysteem, gekoppeld aan het accreditatiesysteem.

Invoering van een VMS kan bijdragen aan een cultuurverandering, het is echter niet het primaire doel. Dat betekent dat het belangrijk is om brede en diepe kennis van en ‘gevoel’ te hebben voor de betreffende organisatie bij het maken van keuzes voor invoering van een veiligheidsmanagementsysteem.

Bijlage 1

Samenstelling werkgroep

Bijlage 2

Definities volgens de definitielijst van de IGZ, juni 2005

Bijlage 3

Projectvoorbeelden met namen van contactpersonen en/of websites

Bijlage 4

Literatuur en website verwijzingen

Bijlage 5

Voorbeeld digitaal meldingsformulier

Bijlage 6

Keuzes bij de invoering van een systeem voor Veilig Incident Melden

Bijlage 7

Onderdelen van het Curriculum Patiëntveiligheid

Vanuit de UMC's:

De heer prof. dr. O.J.S. Buruma (LUMC) - voorzitter

De heer dr. P. Bakker (AMC)

De heer I.P. Leistikow (UMC Utrecht)

De heer dr. T.W. van der Schaaf (LUMC en TU Eindhoven)

De heer prof. D. Tibboel (Erasmus MC)

Mevrouw dr. C.M.A. Veldkamp (UMC St Radboud)

Mevrouw drs. M.A.P. Mens (NFU) - secretaris

Vanuit VWS:

De heer mr. G.J. Buijs (VWS)

Mevrouw dr. J. Ravensbergen (VWS)

Mevrouw drs. L.A. van der Sloot (VWS)

De heer dr.ir. C.M. Vos (VWS)

Dhr. dr. R. van der Sande (RGO)

Definities (in alfabetische volgorde) volgens de definitielijst van de IGZ, juni 2005:

Bron: <http://www.igz.nl/dossiers/60911/>

Adverse event (onbedoelde gebeurtenis met schade)

Een onbedoelde gebeurtenis ontstaan door het onvoldoende handelen volgens de professionele standaard en/of tekortkomingen van het zorgsysteem met schade voor de patiënt zodanig ernstig dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking en/of een verlengd verblijf of overlijden

Toelichting

Een adverse event is dus niet het (logische) gevolg is van de ziekte/aandoening of van een goed afgewogen risico of ingecalculeerd neveneffect van een behandeling (complicatie), maar het gevolg van een of meer fouten van de hulpverlener of tekortkomingen in de organisatie van de zorg. Fouten en dus adverse events zijn in principe vermijdbaar.

(Niveau 4-5, bron: consensusbijeenkomst koepels/verenigingen/IGZ, 4-2005)

Adverse event (internationale definitie)

Ongewenste medische gebeurtenis, die geen oorzakelijke relatie met de behandeling hoeft te hebben.

(Untoward medical occurrence which does not have to have a causal relationship with the treatment)

(Niveau 1, bron: www.who.int)

Bijna-incident/near miss (incident zonder schade)

Een onbedoelde gebeurtenis ontstaan door het onvoldoende handelen volgens de professionele standaard en/of tekortkomingen van het zorgsysteem, die a) niet nadelig is voor de patiënt omdat de gevolgen op tijd zijn onderkend en gecorrigeerd (near miss), of b) waar de gevolgen niet van invloed zijn op het fysiek, psychisch of sociaal functioneren van de patiënt.

(Niveau 4-5, bron: consensusbijeenkomst koepels/verenigingen/IGZ, 4-2005)

Calamiteit

Een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis in de gezondheidszorg, die

tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt heeft geleid, optredende bij een (para)medische, verpleegkundige of verzorgende handeling of bij de toepassing van een product of apparaat in de gezondheidszorg danwel voortkomend uit een manco in een voorziening of een kwaliteitsafwijking van een product of apparaat dat toepassing vindt in de gezondheidszorg.

(Niveau 4, bron: IGZ, 1997)

Calculated risk

Een door de hulpverlener goed afgewogen risico of ingecalculeerd neveneffect van een behandeling, waarvan de ernst van de schade of de kans op het ontstaan daarvan opweegt tegen het beoogde effect van de behandeling.

(Niveau 4-5, bron: consensusbijeenkomst koepels/verenigingen/IGZ, 4-2005)

Complicatie

Een onbedoelde en ongewenste uitkomst tijdens of volgend op het (niet) handelen van een hulpverlener, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be-)handelen noodzakelijk is dan wel dat er sprake is van (onherstelbare) schade.

Toelichting

Een complicatie kan het gevolg zijn van een onverwachte reactie van de patiënt, een bewust genomen risico (calculated risk) of van een incident tijdens het zorgproces. De 'ondergrens' van een complicatie is het aanpassen van het handelen.

(Niveau 4-5, bron: consensusbijeenkomst koepels/verenigingen/IGZ, 4-2005)

Fout

Het niet uitvoeren van een geplande actie (fout in de uitvoering) of het toepassen van een verkeerd plan om het doel te bereiken (fout in de planning).

Toelichting

In tegenstelling tot het begrip procesafwijking zit in het begrip fout een oordeel besloten. Het oordeel is, dat het niet zo gegaan is als had gemoeten. Een fout is per definitie vermijdbaar, soms ook verwijtbaar. Achteraf kan men bij een procesafwijking tot het oordeel komen dat er

sprake is van een fout. Het is ook mogelijk dat er sprake is van een beredeneerde afwijking.

(Niveau 4-5, bron consensusbijeenkomst koepels/verenigingen/IGZ, 4-2005)

Incident

Een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid of zou kunnen leiden.

(Niveau 4-5, bron: consensusbijeenkomst koepels/verenigingen/IGZ, 4-2005)

Indicatoren

• Indicator

Een meetbaar element van de zorgverlening, dat functioneert als een mogelijke aanwijzing voor de kwaliteit van zorg.

(Niveau 4, bron: RGO)

• Procesindicator

Maat die bruikbaar is om de kwaliteit van het proces van zorg te beoordelen.

(Niveau 4, bron: RIVM: Oers JAM van (eindred.). Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM, Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002)

• Structuurindicator

Meet in hoeverre bepaalde faciliteiten aanwezig zijn op bijvoorbeeld een afdeling.

(Niveau 5, bron: CBO: Richtlijnontwikkeling binnen het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Handleiding voor werkgroepen. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2000:35)

• Prestatie-indicator

Is een meetbare grootheid die een aanwijzing geeft voor de geleverde kwaliteit. Te denken valt aan doorlooptijden, tevredenheid van medewerkers en patiënten, aantal klachten, wachtlijsten en wachttijden, gebruik protocollen, etc. Het kan gaan om indicatoren over zowel bedrijfsprocessen als over zorgprocessen en de uitkomsten daarvan (bijvoorbeeld niet-geplande heropnames complicaties, infecties).

(Niveau 5, bron: NIAZ Kwaliteitsborgingsnorm Kwaliteitssysteem. Leiden: NIAZ bureau, s.a.:15)

Uitkomstindicator

Geeft weer of de zorg ook tot daadwerkelijke resultaten heeft geleid, zoals een vermindering van het percentage diabetespatiënten dat blind is door retinopathie.

(Niveau 5, bron: CBO: Richtlijnontwikkeling binnen het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Handleiding voor werkgroepen. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2000:36)

Kwaliteitssysteem

De organisatorische structuur, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzieningen nodig voor de uitvoering van het kwaliteitsbeleid en het bereiken van de vastgestelde kwaliteitsdoelstellingen.

(Niveau 3, bron: Aarts W. Werken met ISO 9001:2000; 2e dr. Amsterdam: Kluwer, 2001)

Ongeval

Een ongeval is een ongewenste gebeurtenis of reeks van ongewenste gebeurtenissen, welke leidt tot verwonding, beroepsziekte of schade aan, dan wel verlies van apparatuur of eigendom (synoniem: ongeluk).

(Niveau 6, bron: Van Wijk van Brievingh, 1982; Van Dijen, 1999)

Patiëntveiligheid

Het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) schade aan de patiënt ontstaan door het niet volgende de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door een tekortkoming van het zorgsysteem.

(Niveau 4-5, bron: consensusbijeenkomst koepels/verenigingen/IGZ, 4-2005)

Risicoanalyse (risk analysis)

Een proces dat bestaat uit drie componenten: risicoschatting, risicomanagement of manipulatie en risicocommunicatie.

(A process consisting of three components: Risk assessment, risk management and risk communication).

(Niveau 1, bron: www.who.org)

Risico communicatie (risk communication)

Een interactief proces van uitwisseling van informatie en opvattingen over risico's tussen risicoschatters, risicomangers en andere actoren.

(An interactive process of exchange of information and opinion on risk among risk assessors, risk managers, and other interested parties).

(Niveau 1, bron: www.who.org)

Risico-inschatting (risk assessment):

De wetenschappelijke analyse van bekende of potentiële ongewenste gezondheidseffecten die het gevolg zijn van blootstelling aan gevaar. Het proces bestaat uit de volgende stappen: (1) identificatie van gevaar, (2) karakterisering van het gevaar, (3) inschatting van de blootstelling, en (4) karakterisering van het risico. Bij de definitie zijn inbegrepen kwantitatieve risicoschatting, waarbij de nadruk ligt op getalsmatige onderbouwing, en ook kwalitatieve uitdrukking van risico, evenals een indicatie van de aanwezige onzekerheden.

(The scientific evaluation of known or potential adverse health effects resulting from human exposure hazards. The process consists of the following steps: (1) hazard identification, (2) hazard characterization, (3) exposure assessment, and (4) risk characterization. The definition includes quantitative risk assessment, which emphasizes reliance on numerical expressions of risk, and also qualitative expressions of risk, as well as an indication of the attendant uncertainties).

(Niveau 1, bron: www.who.org)

Risico karakterisering (risk characterization)

Integratie van de identificatie van het gevaar, karakterisering van het gevaar en inschatting van de blootstelling naar een inschatting van de ongewenste effecten die mogelijk in een bepaalde populatie kunnen voorkomen, met inbegrip van de aanwezige onzekerheden.

(Integration of hazard identification, hazard characterization and exposure assessment into an estimation of the adverse effects likely to occur in a given population, including attendant uncertainties).

(Niveau 1, bron: www.who.org)

Risico management/manipulatie (risk management)

Het proces van afweging van beleidsalternatieven om geschatte risico's te accepteren, minimaliseren of reduceren en de geschikte mogelijkheden te selecteren en uitvoeren.

(The process of weighing policy alternatives to accept, minimize or reduce assessed risks and to select and implement appropriate options).

(Niveau 1, bron: www.who.org)

Vermijdbaar (preventable)

Een incident was vermijdbaar als na systematische analyse van de gebeurtenis(sen) blijkt dat bepaalde maatregelen het incident hadden kunnen voorkomen.

(Niveau 4-5, bron: consensusbijeenkomst koepels/verenigingen/IGZ, 4-2005)

Verwijtbaar (blameworthy)

Het incident was verwijtbaar, als na systematische analyse van de gebeurtenis(sen) blijkt dat het (para)medisch/verpleegkundig (niet)-handelen in ernstige mate tekort is geschoten en/of onzorgvuldig is geweest in vergelijking met wat van een gemiddeld ervaren en bekwame beroepsgenoot in gelijke omstandigheden had mogen worden verwacht.

(Niveau 4-5, bron: consensusbijeenkomst koepels/verenigingen/IGZ, 4-2005)

Projectvoorbeelden met namen van contactpersonen en/of websites

De projecten zijn gerubriceerd op de naam van het UMC. Voor de toegankelijkheid zijn de sleutelbegrippen in alfabetische volgorde weergegeven, met een verwijzing naar het nummer van het project en het desbetreffende UMC.

Complicatieregistratie	4a	LUMC
Complicatieregistratie	5b	UMCG
Deelprojecten van het patiëntveiligheidsproject	3	Erasmus MC
1 Incident meldingen		
2 Critical nursing situations index (scoren of er volgens protocol wordt gewerkt)		
3 Complicatieregistratie		
4 Crew resource management		
Incidenten Management Systeem	1	AMC
Invoering van een VMS	6	UMC St Radboud
Medicatieveiligheid	4c	LUMC
Melden van incidenten	4b	LUMC
Patiëntveiligheid	5a	UMCG
Patiëntveiligheid, incidentanalyse	5c	UMCG
Patiëntveiligheid, leren van fouten	7	UMC Utrecht
Patiëntveiligheid, VeiligheidsManagementSysteem	2	azM
Veilige bouw en infrastructuur	5d	UMCG
Veiligheidsmanagementsysteem in relatie tot het INK-model	8	VUmc

Sleutelbegrip:**Plaats:** AMC**Contactadres/-contactpersoon:** Macs Rosielle, 020-5664758**Naam project:** Pilot MERS-TH**Omschrijving:**

Het AMC streeft naar een integraal incidentmanagementsysteem te komen: registreren en analyseren van incidenten. Dit project moet aantonen of de functionaliteit van MERS-TH past binnen dit streven. Daarnaast zijn enkele subdoelen beschreven.

Doelstelling en omvang van het project

De auteurs van *To err is human* (1999) stellen dat de patiëntveiligheid in gevaar kan komen door menselijke factoren zoals gebrekkige kennis, ervaring, vaardigheden of motivatie. Echter, zij benadrukken dat prestaties van individuen niet als op zichzelf staand moeten worden beschouwd. Zij stellen dat ons dagelijks werk is ingebed in onduidelijke processen en systemen die: a) mogelijk tot fouten aanzetten; en b) niet kunnen voorkomen dat gemaakte fouten tot schade leiden. Kortom: ziekenhuizen zouden moeten beschikken over processen en systemen die de menselijke factor bij fouten en incidenten corrigeren en die informatie genereren om van fouten te leren. Omdat de mens nu eenmaal fouten zal blijven maken (*to err is human*) dienen processen en systemen waarin wij werken zo te zijn ontworpen dat onze fouten niet zomaar tot schade kunnen leiden. Daar waar het toch misgaat, dienen incidenten te worden geanalyseerd zodat, met het oog op preventie, bestaande werkprocessen zonodig worden aangepast. Naar verwachting zal de overheid ziekenhuizen dwingen om uiterlijk in 2008 een geaccrediteerd VMS te hebben ingevoerd. Belangrijke elementen in zo'n systeem zijn gestructureerde: a) risico-inventarisatie; b) incidentenanalyse; en c) een managementsysteem om structurele verbeteringen te plannen en te volgen.

De focus in dit project ligt op de introductie van een incidentmanagementsysteem waarmee zowel een incidentanalyse wordt uitgevoerd als een management systeem wordt geïntroduceerd om verbeteringen te plannen en te volgen.

Doel

Het doel van dit project is aan te tonen of de functionaliteit van MERS-TH past binnen het streven van het AMC om naar een integraal incident-managementsysteem te komen. Dit systeem moet zowel de mogelijkheid bieden om incidenten te registreren als de mogelijkheid bieden om incidenten te analyseren. De incidenten die geregistreerd moeten worden hebben in eerste instantie betrekking op de patiëntenzorg. De registratie van incidenten vindt plaats in het primaire proces van het AMC.

Naast dit hoofddoel wordt een aantal subdoelen geformuleerd:

- 1 Een subdoel van dit project is om het geformuleerde beleid betreffende patiëntveiligheid te toetsen en eventueel bij te stellen.
- 2 Een subdoel van dit project is om tot een eenduidige afbakening te komen rond het toepassingsgebied van MERS-TH. Om dit doel te bereiken staan twee vragen centraal: “welke registraties zijn er” en “van welke registraties is het opportuun om ze binnen MERS op te nemen”
- 3 Een subdoel van dit project is om zicht te krijgen op de organisatorische consequenties die volgen uit de introductie van een veiligheids-managementsysteem helder krijgen
- 4 Een subdoel van dit project is inzicht te krijgen in de benodigde training voor medewerkers
- 5 Een subdoel van dit project is inzicht in de wijze van invoer, registratie en terugkoppeling. Onderdeel hiervan is een analyse van de te registreren gegevens (antwoord wordt gegeven op de vraag: “Wie houdt welke gegevens waar bij?”). Hierbij wordt een landkaart gemaakt van de diverse systemen waarin gegevens geregistreerd worden (ZIS, PDMS, Centraal Personeelsbestand, ESV, Poliplus, CMR, NEOSAFE)
- 6 Onderdeel van dit project is het verschaffen van inzicht in de financiële consequenties van de introductie van een managementsysteem. Hierbij wordt gekeken naar de integrale kosten die de introductie van een dergelijk systeem met zich meebrengt (kosten van introductie nieuwe systematiek, kosten organisatie aanpassingen, kosten training, etc)
- 7 Voor de uitrol en promotie campagne zal een separaat plan van aanpak worden geschreven met in ieder geval aandacht voor de financiën.

Sleutelbegrip:	Patiëntveiligheid, VeiligheidsManagementSysteem
Plaats:	azM
Contactadres/-contactpersoon:	dr.ir. N.W.S. van der Hoeff, risicomanager, 043-3875430, nvdh@eepz.azm.nl www.patiëntveiligheid.org
Naam project:	VeiligheidsManagementSysteem (VMS)
Omschrijving:	

Het azM ontwikkelt en bouwt een VeiligheidsManagementSysteem (VMS) waarmee het hele traject van constatering van een risico tot het aanpakken van het risico is afgedekt. Het systeem bestaat uit twee modulen: een module voor het onderkennen van risico's en een module voor het aanpakken van risico's, het zogenaamde risicomanagementsysteem. De eerste module voor het onderkennen van risico's bestaat uit twee delen: een deel voor prospectieve risico-inventarisatie waarvoor gebruik gemaakt wordt van Failure Mode and Effects Analysis (FMEA) en een deel voor retrospectieve risico-inventarisatie waarbij gebruik gemaakt wordt van decentraal Vrijwillig IncidentMelden (VIM). Het risicomanagementsysteem wordt vooralsnog SPAR-managementsysteem genoemd waarbij SPAR staat voor Structureel PatiëntRisico. Voor het SPAR-managementsysteem wordt software ontwikkeld. Hierbij wordt samengewerkt met andere zorginstellingen in de regio. Zie bijgevoegd figuur van het azM-Veiligheids-ManagementSysteem (azM-VMS).

Tevens kent het azM veel aspectgerichte projecten zoals voor handhygiëne, voor de inventarisatie van risico's binnen de pacemakerunit, voor recalls, voor de ontwikkeling van prestatie-indicatoren gerelateerd aan een Balanced Score Card. Het azM werkt aan een cursus "Procesbeschrijven en FMEA". Opleiding en training worden gezien als belangrijke instrumenten voor het verkrijgen van de juiste attitude ten aanzien van patiëntveiligheid en voor het verkrijgen van de juiste kennis nodig voor het efficiënt en effectief verbeteren van de patiëntveiligheid.

3

Sleutelbegrip: Deelprojecten van het patiëntveiligheidsproject

Plaats: Erasmus MC - Sophia Kinderziekenhuis

Contactadres/-contactpersoon: Prof. D. Tibboel, mevr. Y. van der Tuijn
E-mail: y.vandertuijn@erasmusmc.nl

Naam projecten:

- 1 Incident meldingen
- 2 Critical nursing situations index (scoren of er volgens protocol wordt gewerkt)
- 3 Complicatieregistratie
- 4 Crew resource management

Omschrijving: (zie bijgevoegde poster)

Voor deze projecten zijn projectplannen geschreven, formulieren ontwikkeld, journaals geschreven bij wijze van terugkoppeling naar het team, artikelen geschreven en tal van andere activiteiten ondernomen om de materie uit te dragen)

4a

Sleutelbegrip: complicatieregistratie

Plaats: afdeling heelkunde LUMC

Contactadres/-contactpersoon: Prof.dr. J. Kievit /
Dr. T.W. van der Schaaf

Naam project: Systematische evaluatie van complicaties op afdeling heelkunde

Omschrijving:

Voor dit project zal incidentanalyse op afdelingsniveau plaatsvinden conform PRISMA-systematiek. Complicatieregistratie en analyse die al jaren op de afdeling plaatsvindt zal worden geïntegreerd met de incidentenbespreking. Belangrijke complicaties zullen ook door de PRISMA-methode worden geanalyseerd.

4b

Sleutelbegrip: melden van incidenten
Plaats: afdeling neonatologie LUMC
Contactadres/-contactpersoon: Prof.dr. F.J. Walther (LUMC),
Dr.ir. F. Koornneef (TU-Delft)
Naam project: Business procesmodel voor het
vereenvoudigen van melden van
incidenten

Omschrijving:

Dit project beoogt het georganiseerd leren van incidentmeldingen te verbeteren op de afdeling. Er is een business procesmodel ontwikkeld, waarin het overzicht van de procesgang die wordt doorlopen door patiënt, zichtbaar is. Analyse van de incidenten vindt plaats door ECFA (Events and Conditional Factor Analysis)

4c

Sleutelbegrip: Medicatieveiligheid
Plaats: LUMC
Contactadres/-persoon: Prof.dr. H.J. Guchelaar /
mw. Dr. I.M. Teepe - Twiss
Naam project: medicatieveiligheid

Omschrijving:

Er worden maatregelen genomen gericht op risicoreductie bij voorschrijven en toedienen van medicatie

- implementatie elektronisch voorschrijfsysteem
- implementatie adverse drug event alarmering systeem
- implementatie apotheek servicepunt
- satelliet apotheken op hoogrisico afdeling om parenterale medicatie door apothekersassistenten op de afdeling te bereiden

5a

Sleutelbegrip:	Patiëntveiligheid
Plaats:	UMCG
Contactadres/-contactpersoon:	ir.drs. A. van der Star MSHE
Naam project:	Implementatieplan Patiëntveiligheid
Omschrijving:	

De procesgerichte aanpak van het UMCG m.b.t. de organisatie van de zorg en de opzet van het kwaliteitsmanagementsysteem geeft al deels invulling aan het voeren van een actief beleid m.b.t. patiëntveiligheid. Door de inbedding in het (kwaliteits)managementsysteem van het UMCG is veiligheidsmanagement en patiëntveiligheid onderdeel van de beleidscyclus. De beleidscyclus bestaat uit vier elementen: plannen, uitvoeren, evalueren en verbeteren.

Het kwaliteitsmanagementsysteem biedt het een goed kader om het veiligheidsmanagementsysteem in het UMCG verder uit te bouwen en voor certificatie.

Vertaald naar patiëntveiligheid houdt het implementatieplan concreet in:

- het opstellen van patiëntveiligheidsbeleid,
- het inrichten van de organisatie, incl opleiding en training van medewerkers,
- het opstellen van implementatie plannen per organisatieonderdeel
- het ontwikkelen van standaarden voor c.q. het maken van afspraken over patiëntveiligheid,
- de toepassing ervan in de dagelijkse werkzaamheden,
- het monitoren en evalueren van de resultaten op basis van meldingen, registraties en analyses van (bijna)incidenten, complicaties en de uitkomsten van registraties van prestatie-indicatoren,
- het opstellen van verbeterplannen t.b.v. de organisatie van patiëntveiligheid en de veiligheidscultuur in de organisatie.

5b

Sleutelbegrip:	Complicatieregistratie
Plaats:	UMCG
Contactadres/-contactpersoon:	drs. R.E. Nap, directoraat zorgfaciliteiten
Naam project:	Invoeren ziekenhuisbrede complicatieregistratie

Omschrijving:

Doel: Selectie generiek complicatieregistratiesysteem UMCG.

De snijdende en beschouwende specialismen van het UMCG registreren complicaties en communiceren deze naar de eigen landelijke verenigingen. Vaak gebeurt dit via eigen, elektronische, systemen aangeboden door de respectievelijke landelijke verenigingen. Complicatieregistratie vormt een onderdeel voor het patiëntveiligheidssysteem. Alle reeds bestaande registratiesystemen worden ondergebracht in een generieke applicatie.

Voorwaarden complicatieregistratiesysteem:

- 1 Eenduidige communicatie van de database aan de eigen landelijke vereniging;
- 2 Inladen van eigen lijsten met complicaties per specialisme;
- 3 Complicatie moet gekoppeld kunnen worden aan een evenement (opname, OK, polikliniek);
- 4 Eenduidige export- en rapportagemogelijkheden;
- 5 Koppeling mogelijk met het UMCG Elektronisch Patiënten Dossier Poliplus.

5c

Sleutelbegrip:	Patiëntveiligheid, incidentanalyse
Plaats:	UMCG
Contactadres/-contactpersoon:	ir.dr.s. A. van der Star MSHE, dienst AV&M
Naam project:	Melden en analyseren van incidenten

Omschrijving:

Ter ondersteuning van het melden en analyseren van incidenten wordt een tweedaagse cursus georganiseerd voor medisch - en paramedisch personeel. Onderwerpen die aan de orde komen zijn: UMCG-beleid,

algemene veiligheidskundige uitgangspunten, de menselijke factor, de Methodiek van de Root Cause Analyses, het classificeren van basisoorzaken, meldcultuur en organisatie op de afdeling.

5d

Sleutelbegrip:	Veilige bouw en infrastructuur
Plaats:	UMCG
Contactadres/-contactpersoon:	ir.drs. A. van der Star MSHE, dienst AV&M
Naam project:	Veiligheid voor patiënt en medewerker bij (ver-)bouw en onderhoud

Omschrijving:

Door de diensten Bouw & Infrastructuur en AV&M wordt gestructureerd samengewerkt om de veiligheid van het UMCG-complex en de veiligheid en bedrijfszekerheid te borgen en te verbeteren. Daarvoor is in de loop der jaren een werkwijze ontwikkeld waarbij vanaf planfase tot ingebruikname veiligheidsmanagement uitgangspunt is. Zonodig worden analyses uitgevoerd m.b.v. technieken als HAZOP en FMEA. Ten behoeve van het onderhoud zijn technische systemen geclassificeerd op ondermeer de impact op de patiëntenzorg. Hierdoor kunnen bij onderhoudswerkzaamheden in nauw overleg met de gebruikers preventieve maatregelen worden genomen om risico's te reduceren en te beheersen. Voor kritische werkzaamheden worden toolbox-meetings georganiseerd met uitvoerders én gebruikers.

Periodiek wordt de noodstroom beproefd, waarbij de continuïteit van de noodstroomvoorziening van kritische organisatieonderdelen in de patiëntenzorg centraal staat. Hiermee zijn al veel verbeteringen gerealiseerd.

Sleutelbegrip:	invoering van een VMS
Plaats:	UMC St Radboud - organisatiebreed
Contactadres/-contactpersoon:	Mw.dr.Carla Veldkamp, E-mail: c.veldkamp@zorg.umcn.nl
Naam project:	Ontwerp van een efficiënt en effectief VMS in relatie tot het bestaande KAM-systeem in het UMC St Radboud

Omschrijving:

In het UMC St Radboud wordt op dit moment een VMS ontworpen. Het ziekenhuis heeft al een kwaliteitssysteem, dat op dit moment wordt verder ontwikkeld om ook arbo- en milieumaatregelen borgen. Aansluiting op dit systeem ligt daarom voor de hand. De volgende visie op veiligheid wordt gehanteerd:

- De veiligheid van patiënten, medewerkers en ander belanghebbenden is met elkaar verbonden.
- Integratie van veiligheid, kwaliteit, arbo en milieu in één systeem.
- De primaire focus ligt op veilig gedrag van medewerkers en het creëren van een cultuur die veilig gedrag ondersteunt.

De definitie van veiligheid is hierbij de mate waarin schade (aan de patiënt, zijn/haar familie, medewerkers en de samenleving) wordt voorkomen, onderkend en zorgvuldig afgehandeld.

Het systeem zal, naast de vier verplichte onderdelen, bestaan uit een aantal andere onderdelen die essentieel worden geacht om de veiligheid te bevorderen. Uitgangspunt daarbij is dat er een goede samenhang moet zijn tussen de elementen en dat zij effectief, maar zeker ook zo efficiënt mogelijk moeten zijn vormgegeven.

Voorgestelde onderdelen:

Strategie

- Veiligheid als onderdeel van missie, visie, strategisch beleid

Leiderschap en cultuur

- Leiderschap inzake veiligheid: definitie, implementatie.
- Stimulans voor veiligheidsinitiatieven

- Definieren en implementeren van een ‘Blamefree’ omgeving (unsafe acts algorithm)
- Beleid ten aanzien van openheid bij incidenten
- Bevorderen teamwork door model voor effectieve communicatie
- Meting veiligheidscultuur: enquêtes of anders?

Systemelementen

- Veiligheidsstructuur (toedeling verantwoordelijkheden)
- Integratie Veiligheid, Kwaliteit, Arbo en Milieu in één systeem
- Betrokkenheid patiënten
- Verspreiden werkwijze Reliable Design voor verbetermaatregelen
- Risico-analyses / risico-inventarisatie (ontwikkelen zelfassessment)
- Incidentrapportage- en analysesysteem
- (Veiligheids)indicatoren
- ICT ondersteuning VMS-onderdelen

7

Sleutelbegrip:	Patiëntveiligheid, leren van fouten
Plaats:	UMC Utrecht
Contactadres/-contactpersoon:	I. Leistikow, arts, coördinator patiëntveiligheid www.patiëntveiligheid.nl
Naam project:	Leren van fouten, natuurlijk (centraal geregisseerd, verankerd in de divisie)

Omschrijving:

Het plan van aanpak bestaat uit drie elementen: herhaalde metingen, acties en aanpassingen in de organisatie om deze acties mogelijk te maken en te borgen.

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.

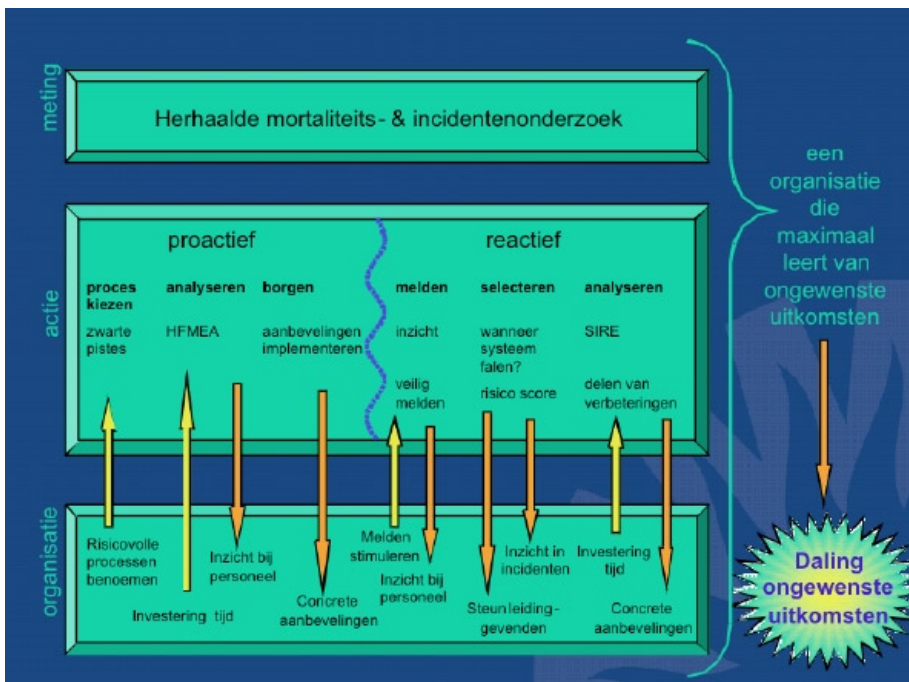
Reactief: Incidenten analyseren om kans op herhaling te minimaliseren. Hiervoor zijn in 2004 vanuit iedere divisie medewerkers getraind in SIRE. Het streven is dat 50% van de MIP meldingen leidt tot nuttige terugkoppeling aan de melder en dat 50% van de ernstige incidenten met behulp van SIRE wordt onderzocht.

3. Organisatie

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

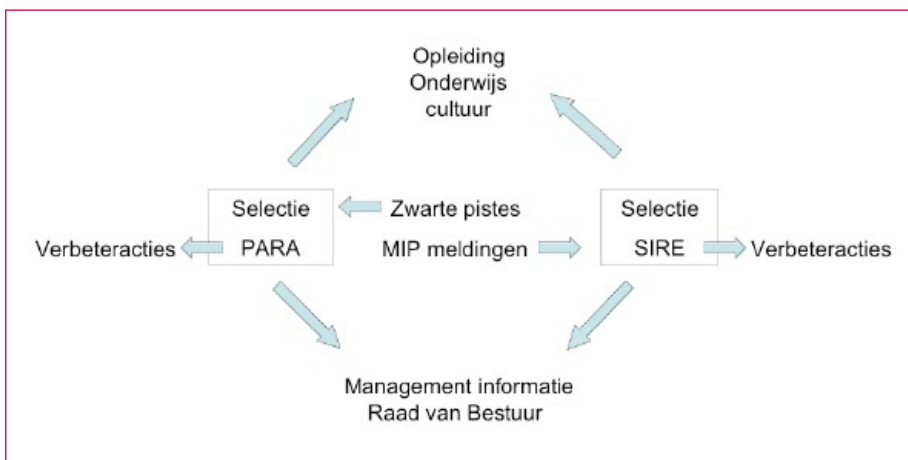
Stimuleren: medewerkers stimuleren kennis te delen over het ontstaan, vóórkomen en voorkómen van incidenten. Het streven is om met behulp van metingen (zie 1) en de Balanced Score Card het resultaat hiervan te kunnen beoordelen.

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.



Wie aan het begin staat van het ontwikkelen van een veiligheidsmanagement-systeem (VMS) kan door de complexiteit van het vraagstuk worden ontmoedigd. Het helpt dan om dit systeem in onderdelen uiteen te zetten en systematisch om elk onderdeel een plan van aanpak op te stellen. In de figuur is schematisch een overzicht gegeven van de Utrechtse onderdelen in het VMS en de samenhang daartussen. Vanuit een dergelijk schema kan op geordende manier aan het VMS invulling worden gegeven. Het UMC Utrecht biedt daarbij graag hulp. Er is niet één VMS, iedere instelling kan eigen keuzes maken. Het delen van kennis en ervaring kan helpen om per instelling tot de meest geschikte invulling van een VMS te komen.

Schematische weergave VMS:



Sleutelbegrip:

Veiligheidsmanagementsysteem in relatie tot het INK-model

Plaats:

VUmc

Contactadres/-contactpersoon:

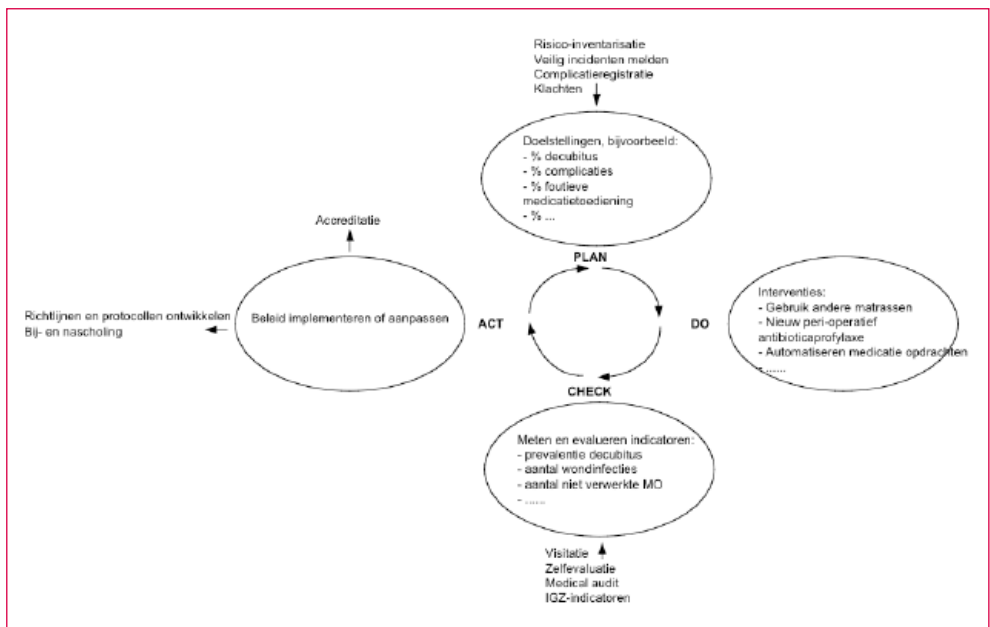
dhr. L.J. de Haan, zorgmanager cluster III

Naam project:

Patiëntveiligheid

Omschrijving:

zie schema



Raad voor Gezondheidsonderzoek
Advies Onderzoek Patiëntveiligheid
Publicatie 48
Den Haag, 2005

Prof.dr. J. Legemaate (projectleider)
Melden van incidenten in de gezondheidszorg
Onderzoek in opdracht van ZonMW

Praktijkboek patiëntveiligheid
Mmv CBO, Orde, NVZ, LEVV
Bohn, Stafleu, van Loghum, Houten, 2006

I.P. Leistikow en K. den Ridder
Patiëntveiligheid - Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie
Elsevier gezondheidszorg, Maarsse, 2005

I.P. Leistikow, C.C.M. Plaisier en G.H. Blijham
Een lichtend voorbeeld
Medisch Contact Nr. 22 - 2 juni 2006,
Pagina: 911-913

In dit boek staan de volgende websites genoemd:

- www.platformpatientveiligheid.nl
- Inspectie voor de Gezondheidszorg: www.igz.nl
- Kwaliteit voor de Gezondheidszorg CBO: www.cbo.nl
- Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie: www.npcf.nl
- Sneller Beter: www.snellerbeter.nl
- Zon MW: www.zonmw.nl
- UMC Utrecht project patiëntveiligheid: www.patientveiligheid.nl

Engeland

- National patiënt safety agency: www.npsa.nhs.uk
- Consequence RCA training: www.consequence.org.uk
- Clinical Risk Unit, University College London: www.patientsafety.ucl.ac.uk
- Saferhealthcare: www.saferhealthcare.org.uk

Australië

- Australian Patient Safety Foundation: www.apsf.net.au

Canada

- Canadian Patient Safety Foundation (via Google)
- Institute for Safe Medication Practices: www.ismp.org

Denemarken

- Danish Society for Patient Safety: www.patientsikkerhed.dk

Verenigde Staten

- Veteran Affairs National Centre for Patient Safety: www.patientsafety.gov
- Medical Event Reporting System for Transfusion Medicine: www.mers-tm.net
- Joint commission for Accreditation on Health Care Organisations: www.jcaho.org
- National Patient Safety Foundation: www.npsf.org
- Agency for Healthcare Research and Quality: www.ahrq.gov
- Institute for Healthcare Improvement: www.ihl.org

Bijlage 5 | Voorbeeld digitaal meldingsformulier

Voorbeeld digitaal meldingsformulier

Microsoft Internet Explorer provided by UMC Utrecht
Adres: <http://go-intrest01/Scoop/Projecten/Mip+prototype.htm>

UMC Utrecht PROJECTEN

MIP melding - Algemene gegevens

Datum incident (d-m-yy)

Gegevens van melder

Naam Telefoonnummer/sein
Functie Verpleegkundig E-mail
Kostenplaats Onbekend E-mail afdelingshoofd

Gegevens van patiënt

N.v.t. Patiëntnummer
 Meerdere patiënten Patiëntnaam
Wilt u hiermee gegevens van een patiënt in Geboortedatum patiënt
 Geslacht patiënt Man Vrouw
 Behandelend arts

Gevolgen voor patiënt (wijz met de muis op een rondje voor een extra toelichting)

Klein Groot Onbekend
 Mieg Catastrofaal N.v.t.

Frequentie van soortgelijke incidenten op uw afdeling

Onbekend Wekelijks Jaarlijks
 Dagelijks Maandelijks <1x per jaar

Ingelicht zijn (meerdere keuzes mogelijk)

Patient (dienstbode)Arts Instrumentele dienst
 Familie Hoofdbehandelaar Leidinggevende/hoofd

Aard van het incident

Vallen Medicatie/Infusie Behandeling/Verzorging/Overig

* Uitzicht instellen

http://igo-intratest01/Scoop/Projecten/Mip+prototype.htm - Microsoft Internet Explorer provided by UMC Utrecht

Bestand Beveiligen Beeld Favorieten Extra Help

Adres http://igo-intratest01/Scoop/Projecten/Mip+prototype.htm

SCOOP HOME | INDEX | TELEFOON | EMAIL | MINI

ZOEK OP TREFWOORD

GEAVANCEERD ZOEKEN

SCOOP | PROJECTEN | MIP PROTOTYPE

MIP melding - Vallen

INHOUD

Mip prototype

- **Vallistorie**

- 1 Is de patiënt thuis eerder gevallen in het afgelopen half jaar?
 - Ja
 - Nee
 - Onbekend
- 2 Is de patiënt op de afdeling eerder gevallen?
 - Ja
 - Nee
 - Onbekend
- 3 Is de primaire opname reden een val?
 - Ja
 - Nee

- **Opnameduur:**

- 4 Hoe lang was de patiënt in het ziekenhuis opgenomen?
 - 0 - 3 dagen
 - 4 - 10 dagen
 - 11 dagen of meer

- **Valrisico:**

- 5 Welke onderstaande valrisicofactoren zijn van toepassing op de patiënt?

http://igo-intratest01/Scoop/Projecten/Mip+prototype.htm - Microsoft Internet Explorer provided by UMC Utrecht

Bestand Beveiligen Beeld Favorieten Extra Help

Adres http://igo-intratest01/Scoop/Projecten/Mip+prototype.htm

SCOOP HOME | INDEX | TELEFOON | EMAIL | MINI

ZOEK OP TREFWOORD

GEAVANCEERD ZOEKEN

SCOOP | PROJECTEN | MIP PROTOTYPE

MIP melding - Medicatie/Infusie

INHOUD

Mip prototype

- 1 Welke medicatie betreft het?
- 2 Hoe werd het incident ontdekt:
 - Controle van patiënt
 - Controle afspraken tijdens dienst
 - Controle afspraken tijdens dienstoverdracht
 - Inspectie van de patiëntenstatus
 - Ontdekking door alarm (welk?):
 - Anders, nl:
- 3 Geschatte tijd tussen incident en ontdekking:
 - Direct
 - Binnen 1 uur
 - Binnen 1 dag
 - > 1 dag
 - Onduidelijk
- 4 Gedurende welke van de volgende situaties vond het incident plaats?
 - Dagdienst
 - Nacht dienst

http://igo-intratest01/Scoop/Projecten/Mip+prototype.htm - Microsoft Internet Explorer provided by UMC Utrecht

Bestand Beveiligen Beeld Favorieten Extra Help

Adres http://igo-intratest01/Scoop/Projecten/Mip+prototype.htm

UMC Utrecht

SCOOOP HOME | JIJCG | TELEFOON | EMAIL | MIJN G...

SOOP | PROJECTEN | MIP PROTOTYPE

ZOEKEN OP TEEKWOORD

SCAVANCERD ZOEKEN

MIP-OLD

Mip prototype

15 Welk effect heeft het incident op u als hulpverlener gehad?

16 Welke maatregelen zouden er volgens u genomen kunnen en/of moeten worden om een dergelijk incident in de toekomst te voorkomen?

17 Opmerkingen / Suggesties?

Verzenden

MIP melding 756 - Bericht (Onbewerkte tekst)

Bestand Beveiligen Beeld Invoegen Opmaak Extra Acties Help

Typ een vraag voor

Antwoorden Alleen beantwoorden Doorstyren

Dit bericht bevat extra regelinden. Klik hier als u deze wilt verwijderen.

Van: Leistikov, I. Verzonden: di 25-1-2005 13:54
 Aan: Leistikov, I.
 CC:
 Onderwerp: MIP melding 756

U heeft zojuist een MIP melding gedaan. De gegevens zijn goed bij de MIP aangekomen. Hieronder vindt u een afschrift van uw melding, alsook het automatisch gegenereerde Meldingsnummer. U zu schriftelijk geïnformeerd worden over de verdere afhandeling van uw melding.
 Veel dank voor uw inspanning.

MIP melding - Algemene gegevens

Meldingsnummer : 756

Datum MIP incident : 18-01-05
 Datum MIP melding : 20-01-2005

Gegevens van melder

Naam : Ian Leistikov
 Functie : Medisch
 Telefoonnummer/sein : 6383
 Kostenplaats : R200
 E mail : i.leistikov@azu.nl
 E mail afdelingshoofd :

Gegevens van patiënt

N.v.t. :
 Keerdere patiënten :
 Patiëntnummer : 6148223
 Patiëntnaam : Verzonnen naam
 Geboortedatum patiënt : 01-01-50

Stappenplan voor de invoering van een systeem voor Veilig Incident Melden (UMC St Radboud)

In deze bijlage wordt aangegeven welke keuzes moeten worden gemaakt bij de inrichting van een systeem voor Veilig Incident Melden.

- 1 Als eerste moet een voorkeur worden bepaald voor het type incident-analyse dat zal worden gebruikt, bijvoorbeeld SIRE, PRISMA of een combinatie van beide typen. De consequenties hiervan kunnen aan de hand van de volgende stappen worden bekeken en eventueel kan de keuze worden bijgesteld.
- 2 De tweede stap heeft betrekking op de inbedding van het systeem in de organisatie.
 - Moet de medewerker op naam melden of mag dit anoniem? Een alternatief is om de naam in een later stadium van de melding te verwijderen. Belangrijke overwegingen hierbij zijn de interne en externe veiligheid van de melder (zie artikelen van J. Legemaate over dit onderwerp) en de mogelijkheid om een analyse van het incident te maken.
 - Binnen welke eenheid wordt gemeld: verpleegafdeling, poli, medische afdeling, keten, cluster/divisie, ziekenhuis of anders? Belangrijk is dat het voor de medewerkers helder is waar zij moeten melden en dat de melding op de juiste plaats terecht komt, namelijk daar waar het incident moet leiden tot verbetering.
 - Wordt er gemeld aan een commissie of aan het management van de eenheid (of eventueel een combinatie van beiden)? Ga na of het nodig is de afstemming tussen taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden voor de gemaakte keuze aan te passen. Neem ook de werkbelasting daarbij mee. Verken of medewerkers zich veilig voelen om aan deze persoon/personen te melden.
 - Bepaal de procedure ten aanzien van meldingen die (ook) in een ander kanaal thuishoren (bijvoorbeeld calamiteiten).
 - Ga na of in het systeem een rol voor een centrale meldingscommissie moet zijn weggelegd. Denk daarbij aan ketenzorg, herkenning van meldingen die op meer afdelingen gemeld worden, trendanalyses, delen van verbetermaatregelen etc. Bepaal de taken, bevoegdheden

en verantwoordelijkheden van deze commissie.

- Wie bepaalt hoeveel en welke (of welk type) meldingen worden geanalyseerd? (bijvoorbeeld de decentrale meldingscommissie, de leidinggevende op een afdeling, de centrale commissie of anders). Het gebruik van een risicomatrix kan hierbij behulpzaam zijn, maar het kan ook gaan om een inhoudelijke keuze (bijvoorbeeld alle incidenten gerelateerd aan een bepaald medicijn of apparaat).
 - Wie voert de incidentanalyse uit?
 - Wie stelt vast welke incidenten moet worden gevolgd door verbetermaatregelen (prioritering)? Neem hierbij in overweging dat er ook uit andere bronnen verbeterpunten komen (risicoanalyses, audits, etc). Ook hierbij kan een risicomatrix behulpzaam zijn.
 - Wie is verantwoordelijk voor de uitvoering van verbetermaatregelen? (dus niet wie voert ze uit, maar wie zorgt ervoor dat ze worden uitgevoerd, houdt zicht op voortgang en toetst of verbetering geborgd is).
 - Bepaal wat er moet gebeuren met verbetermaatregelen die niet binnen de grenzen van de eenheid vallen of daarbinnen niet succesvol verbeterd kunnen worden.
- 3 Nadat is vastgelegd welke analysemethode wordt gekozen en hoe de inbedding in de organisatie er uit zal zien, kan een ICT-tool worden gekozen om de meldingen te ondersteunen. De meeste tools hebben daarin namelijk keuzes gemaakt, die moeten aansluiten bij de keuzes van de organisatie. Stel daartoe een programma van eisen op. Het kan prettig zijn als verbeterpunten die uit andere systemen komen (risicoanalyses, audits) met hetzelfde programma kunnen worden afgehandeld, in verband met prioritering en overzicht op de uitvoering. Bepaal welke vragen het meldingsformulier tenminste moet bevatten en welke ruimte er wordt gelaten voor eenheden om het formulier aan te passen. Sommige programma's bieden de mogelijkheid om medewerkers hun melding te laten volgen, anderen niet.
- 4 Borging van het systeem. Als meldingen decentraal worden afgehandeld, is het zaak dat goed wordt geborgd dat dit overal op de gewenste wijze wordt gedaan. Bepaal wie deze rol op zich gaan nemen en op welke wijze. Dit kan eventueel een taak zijn van de centrale meldingscommissie.

-
- 5 Het bevorderen van de meldingsbereidheid. Het is belangrijk dat het systeem voor Veilig Melden wordt gesteund door een cultuur waarin medewerkers zich veilig voelen om te melden. Overweeg daarbij of het bij de organisatie past om een beleid op te stellen waarin bijvoorbeeld is opgenomen hoe wordt omgegaan met meldingen en disciplinaire maatregelen. Maar ook hoe de organisatie omgaat met partijen van buiten de organisatie in relatie tot medewerkers die betrokken zijn bij een ernstig incident.
 - 6 Bij Veilig Melden past het bevorderen van een cultuur van openheid: incidenten worden besproken met de betrokken patiënt. Ook openheid binnen de organisatie (naar andere medewerkers) en naar buiten toe (pers, inspectie) is van belang. Overweeg hiervoor beleid op te stellen. Zie hiervoor bijvoorbeeld het consensusdocument 'When Things Go Wrong', te vinden op www.IHI.org
 - 7 Bepaal of het gewenst is de effectiviteit van het systeem aan te tonen, bijvoorbeeld het meten van de veiligheidscultuur of het meten van de veiligheid door middel van indicatoren.
 - 8 Daarnaast kan worden de invoering van het systeem voor Veilig Melden te koppelen aan andere instrumenten zoals Crew Resource Management, intercollegiale toetsing, debriefings, complicatiebesprekingen etcetera.
 - 9 Stel een plan op voor implementatie van het VIM-systeem.

Onderdelen van het Curriculum Patiëntveiligheid (UMC Utrecht)

1. Kick-off

- a. Deelnemers schrijven een fout op (conform SIRE training)
- b. Casus wordt geïntroduceerd; is de arts verwijtbaar?

Vorm: plenair

Leerdoel: emotioneel betrokken raken bij het onderwerp, eigen oordelen kennen

2. Achtergrond over thema patiëntveiligheid

- a. Begripsbepaling
- b. Geschiedenis van veiligheidsbeleid, (inter)nationale initiatieven
- c. Adverse event studies

Vorm: plenair

Leerdoel: inzicht in vorm en uitkomst internationale Adverse Event studies, globaal inzicht in initiatieven met betrekking tot patiëntveiligheid

3. Hoe ontstaat een fout, hoe leidt een fout tot een incident & voorkómen

- a. Human Factors
- b. Cultuur
- c. Voorkómen van fouten / incidenten

Vorm: plenair

Leerdoel: kennis van de etiologie van fouten, kennis van het gatenkaas-model, fouten maken hoort bij het vak, het gaat erom de gevolgen te beperken

4. Hoe te handelen na een incident

- a. Naar de patiënt / familie
- b. Intercollegiaal
- c. Binnen de organisatie

Vorm: kleine groepjes, lotuspatiënt

Leerdoel: inzicht in eigen attitude, vaardigheden opdoen voor communicatie na incident

5. Mogelijke gevolgen van een incident

- a. Gezondheidsrecht, klachtrecht, civielrecht, kwaliteitswet, WGBO
- b. Tuchtrecht
- c. Strafrecht

Vorm: plenair

Leerdoel: kennis van mogelijke juridische gevolgen na incident

6. Leren van fouten

- a. Veilig melden
- b. SIRE, HFMEA, PRISMA en ander methoden
- c. Bespreken van fouten & incidenten

Vorm: plenair en kleine groepjes

Leerdoel: ervaring opdoen met incidentonderzoek en -analyse

7. Tips en tools voor de dagelijkse praktijk

- a. Lessen uit casuïstiek
- b. Opzetten van een incident bespreking

Vorm: plenair en kleine groepjes

Leerdoel: kennis en ervaring van cursus omzetten in voorstellen voor praktische maatregelen om patiëntveiligheid in de eigen dagelijkse werksetting maandag te verbeteren.

Leerdoelen algemeen

De cursist krijgt inzicht in de principes van systeemdenken en Human Factors Engineering. De cursist kan dit inzetten om, naar aanleiding van incidenten en onveilige situaties, op opbouwende wijze bij te dragen aan het bedenken van maatregelen om de veiligheid in het dagelijks werk structureel te vergroten.

Mogelijke onderdelen toets

- welke obstakels zijn er om opgedane kennis in te voeren in de eigen organisatie?
- houd een presentatie in de eigen instelling over (een artikel over) patiëntveiligheid of over een incident en maak daarbij gebruik van het inzicht dat tijdens de cursus is opgedaan. (Er is een basis PPT presentatie beschikbaar om hen werk uit handen te nemen).

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
Juli 2006

Foto omslag: Bas de Vries, bedrijfsopleidingen, UMC Utrecht
Opmaak en druk: Badoux drukkerij, Nieuwegein