



**Veilige zorg,
ieders zorg**

Patiëntveiligheidsprogramma ggz
2008 - 2011

Handreiking Veilig Incidenten Melden (VIM)

Voorwoord

Deze handreiking is bedoeld om ggz-instellingen praktische aanbevelingen te bieden voor het veilig melden van incidenten en aan te geven onder welke voorwaarden een VIM-systeem geïmplementeerd kan worden.

Het melden van incidenten is een dynamisch proces. Mede op basis van de praktijkervaringen die nu worden opgedaan, kunnen nieuwe inzichten en opvattingen naar voren komen. Deze handreiking markeert de stand van zaken ultimo 2009. Specifiek wordt aandacht gegeven aan de diverse keuzemomenten. Via de website www.veiligezorgiederszorg.nl wordt deze informatie waar mogelijk en nodig aangevuld en geactualiseerd.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Inhoudsopgave	3
1. Veilig Incidenten Melden (VIM)	5
1.1 Veilig incidenten melden bron voor veiliger werken	5
1.2 Incidenten definiëren	5
1.3 Incidenten melden	5
1.4 Veilig incidenten melden	6
2. Organisatie van veilig incidenten melden	7
2.1 Afstemming tussen VIM- en MIP-commissie	7
2.2 Positionering van het VIM-systeem	7
3. Voorwaarden voor veilig incidenten melden	9
3.1 Commitment van de Raad van Bestuur en het management	9
3.2 Veiligheidscultuur	9
3.3 Creëren van een veilige omgeving om te melden	9
4. Hoe wordt gemeld?	11
4.1 De meldprocedure	11
4.2 Melden op papier of digitaal	11
4.3 Minimale eisen aan een meldsysteem	12
4.4 Waar wat registreren	12
4.5 Meldformulier	13
4.6 Anonieme meldingen	14
4.7 Privacy	14
5. Welke gebeurtenissen worden gemeld?	15
5.1 Uitgangspunt: alles melden wat niet de bedoeling is	15
5.2 Hoofdclassificatie: minimale dataset	15
5.3 Uitgebreide classificatie	15
6. Wie melden er?	16
6.1 Uitgangspunt: zoveel mogelijk medewerkers betrekken	16
7. Onderzoeken en analyseren van incidenten	17
7.1 Analyse gaat uit van systeemdenken	17
7.2 Risicotaxatie	17
7.3 Onderzoek van toedracht en oorzaken	18
7.4 Root cause analysis	19
7.5 Welke meldingen worden geanalyseerd?	19
7.6 Trendanalyses	20
7.7 Wie onderzoeken en analyseren	20
7.8 De verantwoordelijkheid voor het formuleren van aanbevelingen voor verbetering	21
8. Rapportage	22
8.1 Feedback aan de melder	22
8.2 Rapportage aan het management	22

8.3 Resultaten verbreden	22
8.4 Terugkoppelen van de resultaten van de analyse	23
9. Uitrol	24
10. Bronvermelding	25
Colofon	25

1. Veilig Incidenten Melden (VIM)

1.1 Veilig incidenten melden bron voor veiliger werken

Binnen het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) wordt gewerkt met een papieren of geautomatiseerd meldingsysteem (VIM-systeem) om incidenten te melden. Meldingen worden gezien als belangrijkste bron om veiliger werken te realiseren. Wanneer daarbij resultaten van derden kunnen worden betrokken (benchmarken), kan op brancheniveau aantoonbaar worden gemaakt dat veilig werken loont. Het vergelijken van data vereist ondermeer uniformiteit bij het classificeren van incidenten.

Kern van het veilig incidenten melden (VIM) is de retrospectieve incidentanalyse. Incidenten, bijna-incidenten en onveilige situaties worden achteraf geanalyseerd om deze in de toekomst te voorkomen. Het VIM beoogt een lerende organisatie te creëren, waarbij met een 'blame free' attitude naar de organisatie wordt gekeken. Niet het falen van personen maar het ontbreken of niet goed functioneren van procedures, afspraken, veiligheidsbarrières etc. is de focus. Waar kan de organisatie het beter doen en veiliger werken? Structurele verbeteringen zijn het eindproduct van het VIM.

Het systeem voor melden, systematisch verzamelen, analyseren van incidenten en verminderen van onveilige situaties neemt dus geen geïsoleerde plaats in. Het maakt onderdeel uit van een breder opgezet veiligheidsmanagementsysteem. Dit veiligheidsmanagementsysteem vormt een integraal onderdeel van het vigerende kwaliteitsmanagementsysteem.

Het VIM-systeem is een meldsysteem om, net als andere meetsystemen, interne verbeteringen te realiseren. Het kunnen koppelen van de data uit het VIM-systeem aan de andere meld- en signaleringssystemen (bijvoorbeeld klachten, audits, arbo- en ARGUS-registratie) is van belang om tot een integrale aanpak van de maatregelen te komen.

1.2 Incidenten definiëren

Op organisatieniveau is het belangrijk een definitie vast te stellen van 'incident' en daarmee duidelijk te maken wat medewerkers dienen te melden in het VIM-systeem. De definitie hangt onder meer af van de visie van de organisatie op veiligheid. De brede scope definieert dat veiligheid alles en iedereen betreft en meestal wordt dan ook gesproken van zorgveiligheid in plaats van patiëntveiligheid.

In zijn boek *Veilig incidenten melden* (Legemaate e.a. 2007) schrijft Prof. mr. J. Legemaate: "Het uitgangspunt is dat zoveel mogelijk incidenten worden gemeld en geanalyseerd." Dit vraagt om een brede omschrijving van de te melden incidenten: het melden van 'alles wat niet de bedoeling is'. Het gaat daarbij niet alleen om gebeurtenissen die daadwerkelijk tot schade voor patiënten hebben geleid, maar ook om 'near misses'.

Het is in ieder geval raadzaam minimaal de definitie te hanteren zoals beschreven in de NTA 8009:2007. Hier wordt een incident omschreven als 'een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) zou kunnen leiden'.

1.3 Incidenten melden

Het melden van incidenten is niet nieuw. Er zijn verschillende manieren en systemen om patiëntveiligheid te verbeteren en te bevorderen. Incidenten melden is daar een onderdeel

van. Incidenten melden houdt kort gezegd in dat zorgverleners in de eigen werkomgeving incidenten en (bijna) fouten kunnen melden. Bij VIM vinden meldingen plaats 'op het niveau van de directe werkomgeving van de melder' (NTA 8009:2007 paragraaf 4.9.1b). Door het melden komen gegevens beschikbaar die in belangrijke mate bijdragen aan de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid.

De principes binnen het *veilig* incidenten melden zijn gericht op het veilig kunnen melden, het onderzoeken en analyseren van incidenten en het categoriseren van de oorzaken dicht bij het werkproces.

Het is niet alleen nodig om te identificeren wat er is gebeurd en hoe het is gebeurd, maar ook om te achterhalen waarom het is gebeurd en hoe het komt dat de veiligheidsmechanismen (barrières) niet voorkomen hebben dat incidenten zijn opgetreden. Alleen als duidelijk is waarom een incident is ontstaan, kunnen effectieve maatregelen genomen worden die voorkomen dat in de toekomst nog een keer een dergelijk incident zal plaatsvinden.

Het grote verschil met de 'oude' situatie is dat bij het invoeren van een VIM-systeem het registreren, analyseren en verbeteren voortaan dicht bij medewerkers plaatsvindt (bijvoorbeeld op afdelingsniveau) in plaats van grotendeels alleen op organisatieniveau.

1.4 Veilig Incidenten Melden

Voor het succesvol melden van incidenten op afdelingen of binnen teams is het van wezenlijk belang dat er een *veilige meldcultuur* wordt gecreëerd: een cultuur waarin open over (bijna) incidenten wordt gesproken.

Het melden van incidenten is een onderwerp dat veel professionals in de zorg nog als lastig bestempelen. Praten over incidenten, toegeven dat er binnen het eigen handelen ook wel dingen mis gaan (onafhankelijk van het feit of daar als zorgprofessional iets aan had kunnen worden gedaan of dat het ligt aan processen en organisatorische afspraken) en daar open over zijn, is voor veel professionals niet makkelijk.

Incidenten moeten gemeld kunnen worden zonder dat daar voor de individuele medewerker sancties aan zijn verbonden. Wat de ene medewerker overkomt, kan net zo goed bij een ander gebeuren. Bij VIM gaat het om het veiliger maken van de zorg door te leren van incidenten.

Wanneer de cultuur op de afdelingen en in de instelling niet veilig is, heeft dat een negatieve invloed op de meldingsbereidheid van medewerkers. Naast het veiliger maken van de zorg vergroot VIM ook het veiligheidsbewustzijn onder medewerkers, wat een positieve uitwerking heeft op het voorkomen van onbedoelde gebeurtenissen.

2. Organisatie van veilig incidenten melden

2.1 Afstemming tussen VIM- en MIP-commissie

De rol van de meer traditionele MIP-commissies (Melding Incidenten Patiënten) verandert door de uitgangspunten en principes van het veilig incidenten melden (VIM). De traditionele MIP-commissies hebben veelal een patiëntgerichte focus en handelen incidenten volgens vaste afspraken bij voorkeur op centraal niveau af. De VIM-commissies hebben een zorgbrede focus. Deze richt zich op veiligheid van patiënten, medewerkers en derden die in het zorgproces zijn betrokken. Het is onder meer van belang met elkaar opnieuw vast te stellen wat de rol van de 'nieuwe' VIM-commissie wordt.

Het introduceren van VIM leidt bijvoorbeeld tot een forse toename van het aantal meldingen en heeft als uitgangspunt snelle feedback aan de melder. Daarbij is het van belang de structuur van afhandelen van melden te laten aansluiten op de veranderende inzichten. Op diverse niveaus binnen de instelling moeten daarover afspraken worden gemaakt.

Een organisatie zou ervoor kunnen kiezen de personen die zitting hebben in de MIP-commissie als adviseur/begeleider in te delen bij de VIM-commissies die opgestart worden. Een andere optie is de MIP-commissie te behouden en voor specifieke zaken in te zetten. Organisaties die al langer decentraal melden, zetten de MIP-commissie bijvoorbeeld in voor trendanalyses over afdelingen heen of zij gebruiken de MIP-commissie om ernstige afdelingsoverstijgende incidenten te analyseren. De MIP-commissie kan ook als kenniscentrum patiëntveiligheid een rol vervullen. Een andere mogelijkheid is dat de MIP-commissie de verbeteringen in de organisatie monitort en de raad van bestuur adviseert over welke risico's er zijn en of er nog acties nodig zijn (bijvoorbeeld advies geven om een prospectieve risico-inventarisatie te doen).

Andere overwegingen zijn gebaseerd op de kennis van de direct betrokkenen. Als een VIM-team op afdelingsniveau ingesteld wordt, kan deze bijvoorbeeld beter dan een centrale commissie inschatten waarom bijvoorbeeld een verkeerd medicijn gegeven is. Omdat de leden van het VIM-team weten waar de medicijnen uitgezet worden, wanneer dat gebeurt en hoe de medicijnkast er uit ziet. Daarnaast is de verwachting dat melden en analyseren op afdelingsniveau het melden zal bevorderen. Sommige instellingen analyseren meldingen met een aantal afdelingen samen. Het voordeel hiervan is de besparing van vergadertijd, maar omdat het VIM-team van drie afdelingen incidenten ontvangt in plaats van één afdeling kan dat voordeel misschien teniet worden gedaan. Daarnaast is kennis van die specifieke afdeling niet altijd aanwezig, waardoor analyses verkeerd kunnen worden ingezet.

2.2 Positionering van het VIM-systeem

Het omgaan met incidenten en onveilige situaties doorloopt gewoonlijk een aantal fasen: herstellen, onderzoeken en verbeteren. Deze fasen onderscheiden zich in doel, urgentie en verantwoordelijkheden. Omdat dezelfde functionarissen in de verschillende fasen verschillende rollen kunnen hebben, is het belangrijk om de verschillende rollen, taken en bevoegdheden goed te onderscheiden en helder te communiceren.

Bij het afhandelen van incidenten en onveilige situaties kunnen de volgende drie fasen worden onderscheiden:



Herstellen

In deze fase staat het beheersen van het incident of veiligheidsrisico centraal. Doel is de schade zo veel mogelijk te beperken en te herstellen en directe aanleidingen en zichtbare oorzaken weg te nemen. In deze fase is de betrokken medewerker en diens directe leidinggevende aan zet. VIM-commissies hebben in deze fase geen taken en bevoegdheden. In deze fase worden ook aanvullende maatregelen opgestart, zoals opvang schokkende gebeurtenissen en de calamiteitenregeling. Melding aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg of de Arbeidsinspectie kan nodig zijn. Zo nodig worden interne en externe hulpdiensten in geschakeld. De fase is veelal acuut en wordt afgesloten met een VIM-melding.



Onderzoeken en analyseren

Naar aanleiding van een ontvangen melding starten daartoe bevoegden een onderzoek naar vermijdbare, structurele oorzaken met het oog op het lerend vermogen van de organisatie. Deze fase is het domein van VIM-commissies en materiedeskundigen in samenspraak en samenwerking met betrokken leidinggevenden. Voor zover leidinggevenden zelf incidenten onderzoeken, is dit in deze fase op basis van hun inhoudelijke deskundigheid. De fase vraagt reflectie. Kwaliteit is belangrijker dan snelheid. Ook vindt periodiek trendanalyse plaats, zowel centraal als decentraal. De fase wordt zo mogelijk afgesloten met een aanbeveling voor verbetering.



Verbeteren

Op basis van de verbeteraanbeveling uit fase 2 wordt een verbetertraject gestart dat de vermijdbare en structurele oorzaken van veiligheidsproblemen beoogt weg te nemen. Het management van de betrokken organisatorische eenheid is hier verantwoordelijk voor. Verbeterplannen kunnen om redenen van bijvoorbeeld prioritering en schaarste van middelen ook terzijde worden gelegd. De argumentatie hierbij wordt vastgelegd. Afgewezen of uitgestelde verbeterplannen worden gemonitord door een hoger niveau van management.

3 . Voorwaarden voor veilig incidenten melden

3.1 Commitment van de raad van bestuur en het management

Voor het positioneren van VIM is het belangrijk dat de raad van bestuur van de organisatie het belang van het melden en analyseren van incidenten onderschrijft. Het commitment dient ook daadwerkelijk getoond te worden. Voldoende middelen om met VIM aan de slag te gaan is een randvoorwaarde. De raad van bestuur kan commitment laten zien door de boodschap uit te dragen dat patiëntveiligheid een hoge prioriteit heeft in bijvoorbeeld haar missie en strategie. Of door het plaatsen van patiëntveiligheid op de agenda van het managementoverleg, door aanwezig te zijn bij startbijeenkomsten van VIM-commissies of door presentaties aan het management te geven waarin het belang van patiëntveiligheid wordt besproken.

Naast draagvlak vanuit de raad van bestuur is ook draagvlak nodig vanuit verschillende disciplines en de cliëntenvertegenwoordiging.

3.2 Veiligheidscultuur

Cruciaal is dat binnen de organisatie een zogenaamde veiligheidscultuur ontstaat. Dit is een cultuur waarin hulpverleners en andere medewerkers zich bewust zijn van het risicovolle karakter van het eigen handelen en waarin zij bereid zijn incidenten te melden en te bespreken en om daarvan te leren.

Voor het succesvol melden van incidenten op afdelingen binnen de organisatie is het van wezenlijk belang dat er een veiligheidscultuur wordt gecreëerd. Een cultuur waarin open over incidenten en onveilige situaties kan worden gesproken. Praten over incidenten, toegeven dat er binnen het eigen handelen ook wel dingen mis gaan en daar open over zijn is voor veel professionals niet makkelijk, zelfs als de zorgprofessional daar niets aan had kunnen doen en de oorzaak ligt in techniek, processen en organisatorische afspraken.

Naast het veiliger maken van de zorg vergroot VIM ook het veiligheidsbewustzijn onder medewerkers, wat een positieve uitwerking heeft op het voorkomen van onbedoelde gebeurtenissen. Hoe u een veiligheidscultuur kunt helpen bevorderen, leest u spoedig in de Handreiking veiligheidscultuur.

3.3 Creëren van een veilige omgeving om te melden





Het melden van incidenten moet in beginsel veilig kunnen geschieden. Veilig betekent hier dat de melder niet bevreesd hoeft te zijn dat op basis van de melding jegens hem maatregelen zullen worden getroffen. Onveiligheid op dit punt zal de meldingsbereidheid doen afnemen. Vanuit deze optiek gezien, is het van belang dat het meldingssysteem veilig is en veilig gevonden wordt.

Een veilige werkomgeving is onmisbaar om VIM te laten slagen. Fouten zijn nu eenmaal menselijk. Wat de ene medewerker overkomt, kan net zo goed bij een ander gebeuren. In plaats van een focus op persoonlijk falen moet het focus liggen op preventie van fouten en incidenten door verbeteringen in techniek, organisatie, opleiding en dergelijke. Hoe kunnen foutenbarrières worden ingebouwd? Op welke manier kunnen medewerkers worden geholpen om veiliger te werken?

Bij VIM gaat het dus om het veiliger maken van de zorg door te *leren* van incidenten. Medewerkers moeten daarom expliciet te horen krijgen dat ze een incident kunnen melden zonder daar persoonlijk op te worden afgerekend. Allereerst moet de leidinggevende of de 'ontvanger van meldingen' (bijvoorbeeld het VIM-team) integer met meldingen én de melder om gaan. Wanneer richting de melder wordt uitgestraald dat vertrouwelijk met de melding wordt omgegaan, ontstaat de bereidheid bij de medewerkers om steeds meer te melden.

Daarnaast vereist het veilig melden van incidenten een zekere mate van *juridische* bescherming van de melder. Meldingssystemen worden niet gebruikt voor het treffen van maatregelen jegens de individuele melder. Systemen en procedures voor verbetering van medewerkers- en patiëntveiligheid enerzijds en die voor het aanspreken van medewerkers op hun individuele verantwoordelijkheid anderzijds dienen dan ook te worden gescheiden.

De primaire verantwoordelijkheid voor een veilige werkomgeving ligt bij de zorginstelling, door het treffen van de volgende maatregelen:

-  Het aanbrengen van een scheiding tussen een meldsysteem gericht op het in algemene zin verbeteren van de patiëntveiligheid en systemen of procedures gericht op het treffen van maatregelen tegen individuele medewerkers.
-  Het vastleggen van de afspraak dat informatie uit het systeem voor het melden van incidenten niet zal worden gebruikt in het kader van procedures die kunnen leiden tot het treffen van maatregelen tegen individuele medewerkers.
-  Het vastleggen van de afspraak dat meldingen, zodra de meldingscommissie over voldoende informatie beschikt, worden ontdaan van gegevens die herleiding tot personen mogelijk maken (geldt voor patiënt én melder).
-  Het vastleggen van de afspraak dat informatie uit het meldsysteem nooit zal worden verstrekt aan derden, tenzij de instelling daar door wet of rechterlijke uitspraak toe verplicht wordt.

Veiligheid van de melder betekent *niet* dat de individuele verantwoordelijkheid van de melder en de mogelijkheid om tegen hem maatregelen te nemen komen te vervallen. Bijvoorbeeld in situaties van opzet of grove nalatigheid moet het mogelijk zijn tegen de betreffende zorgverlener zo nodig maatregelen te nemen. Ook het strafrecht en het tuchtrecht stelt grenzen aan de bescherming van medewerkers. U kunt meer lezen over de mogelijkheden en onmogelijkheden van juridische bescherming van medewerkers op de website www.nivel.nl/liz (leren van incidenten in de zorg), onderdeel juridisch kader. Binnen het ontwikkelprogramma *Veilige zorg, ieders zorg* wordt nog nagegaan of het juridisch kader nog nadere verduidelijking behoeft.

4. Hoe wordt gemeld?

4.1 De meldprocedure

De zorginstelling stelt een procedure op waarin is opgenomen wie er meldt en hoe de organisatie omgaat met incidenten (fatale incidenten, zeer ernstige incidenten, ernstige incidenten, minder ernstige incidenten en bijna-incidenten). Het is noodzakelijk hierbij te beschrijven welke betrokkene wie informeert, afhankelijk van de ernst van het incident. Bijvoorbeeld bij een calamiteit dient de verantwoordelijke zorgverlener binnen een vooraf vastgelegde tijd de raad van bestuur op de hoogte te stellen.

4.2 Melden op papier of digitaal

Er zijn in beginsel drie manieren om de mogelijkheid van melden te realiseren: op papier, digitaal via een zelf gemaakt formulier en via een specifiek digitaal meldsysteem.

Papierensysteem

Een papierenmeldsysteem is eigenlijk uit de tijd. Alleen voor heel kleine instellingen waar alle medewerkers gemakkelijk bij alle formulieren kunnen, is dit misschien nog een optie. Voor het gebruiksvriendelijk maken van een papierensysteem zullen allereerst de meldformulieren makkelijk te vinden moeten zijn voor de melders. Tevens dient er een plaats te zijn, waar zij de melding (veilig) kunnen inleveren. Nadat de meldingen verzameld zijn, worden ze door bijvoorbeeld het VIM-team geanalyseerd. Het is belangrijk om vast te leggen wat er daarna met de informatie gebeurt. De meldingen moeten bewaard worden in een veilige omgeving en verschillende kenmerken (zoals soort melding en een omschrijving met oorzaken) dienen per melding te worden geregistreerd. Wanneer er gewerkt wordt met een papierensysteem is het verstandig dit soort gegevens bij te houden in bijvoorbeeld Excel, zodat trendanalyses kunnen worden uitgevoerd.

In eigen beheer ontwikkeld digitaal systeem

De instelling maakt hierbij zelf in bijvoorbeeld Word of Excel een digitaal formulier dat vervolgens via e-mail naar een meldpunt wordt gestuurd. Soms is het mogelijk zelf een webformulier te maken en deze via intranet voor de medewerkers te ontsluiten. Bij een digitaalsysteem geldt ook dat het meldsysteem makkelijk toegankelijk moet zijn voor de melders. Bijvoorbeeld door een icoon op de intranetpagina van de instelling te plaatsen. Gegevens van de ingevulde incidenten worden opgeslagen in een database of Exceltabel.

Hoewel deze manier van melden minder bewerkelijk is dan via papier - er hoeft immers niet alles te worden overgetypt in verzamelstaten - blijft dit systeem heel arbeidsintensief. Veel handelingen zoals feedback naar de melder, classificatie van incidenten, voortgangsbewaking etcetera moeten handmatig worden uitgevoerd. Daarom is een dergelijk systeem niet erg geschikt voor grotere organisaties. Daarnaast kost dit systeem de nodige formatie aan administratieve ondersteuning.

Ook de informatiebeveiliging is niet automatisch geregeld. Het is van belang door de afdeling ICT te laten controleren of deze database goed beveiligd is en niet toegankelijk is voor derden. In een digitaalsysteem is ook vast te leggen, wie welk incident in mag zien. Het VIM-team zou daarbij alleen toegang moeten hebben tot de incidenten van de eigen afdeling en de divisie manager tot al zijn afdelingen. De centrale VIM-commissie en de raad van bestuur moeten alle meldingen kunnen inzien. Daarnaast dient u na te denken hoe u na afhandeling met de gegevens om wilt gaan. Veel organisaties kiezen ervoor dat de gegevens van de

melder automatisch geanonimiseerd worden na afhandeling van de melding. Dit vanuit privacy overwegingen voor melder en patiënt.



Professioneel digitaal meldsysteem

De meest geavanceerde optie is een professioneel digitaal meldsysteem. Dit systeem biedt niet alleen de mogelijkheid van digitale melding, maar helpt de organisatie ook met het afhandelen van de melding.

Van iedere melding wordt een virtueel dossier gemaakt. Taken en acties kunnen digitaal worden uitgezet en qua uitvoering en afhandelingstermijn bewaakt. Betrokkenen, waaronder de melder, kunnen -desgewenst automatisch- worden genotificeerd. Ook kan melders inzage in het meldingsdossier worden geboden. De verschillende rechten - lezen, bewerken, analyseren - worden elektronisch bewaakt, waardoor informatiebescherming na inrichting van het systeem geen extra aandacht meer vraagt. Ook worden in veel systemen administratieve handelingen geautomatiseerd of vergemakkelijkt. Belangrijk is ook dat veel systemen diverse analysetools bieden, zoals PRISMA en SIRE. Daarnaast is er meestal een uitgebreide rapportgenerator in het systeem aanwezig, zodat (trend-)analyses op geaggregeerd niveau kunnen worden uitgevoerd en gepresenteerd.

Een professioneel digitaal meldsysteem biedt de afdeling maar ook de organisatie inzicht in welke incidenten vaak voorkomen, met welke ernst en frequentie en welke oorzaken hier aan ten grondslag lagen. Tevens is het in de meeste digitale systemen mogelijk de verbeteracties en de daarvoor verantwoordelijke persoon vast te leggen. Hierdoor kan de voortgang bewaakt worden en is er inzicht in welke verbeteracties daadwerkelijk tot een daling van bepaalde incidenten hebben geleid. Het strekt tot aanbeveling ook dit onderdeel op te nemen in het digitale systeem (tevens een eis vanuit de NTA 8009:2007, zie 4.10). Bij organisaties die wat langer bezig zijn met VIM is gebleken dat als VIM steeds bekender wordt en de meldingen gaan toenemen, een organisatie eigenlijk niet meer zonder een professioneel digitaal meldsysteem kan.

Het programma *Veilige zorg, ieders zorg* kent een stimuleringsregeling voor de aanschaf van een (digitaal) VIM-systeem. Op de website www.veiligezorgiederszorg.nl / speerpunt VIM / documenten treft u hierover aan.

4.3 Minimale eisen aan een digitaal meldsysteem

De stuurgroep *Veilige zorg, ieders zorg* heeft minimale eisen opgesteld voor professionele digitale VIM-systemen voor de ggz. Deze eisen hebben enerzijds betrekking op het voldoen aan normenstelsels als HKZ en anderzijds op het realiseren van mogelijkheden om vergelijking van de data over de verschillende ggz-instellingen mogelijk te maken. Deze minimale eisen zijn opgenomen in het aanvraagformulier voor de stimuleringsgelden.

In deze handreiking willen wij u een aantal aandachtspunten aanbieden welke u kunt gebruiken bij de aanschaf van een digitaal meldsysteem. Naast de minimale eisen waaraan een meldsysteem moet voldoen volgens de stuurgroep *Veilige zorg, ieders zorg* zij kunnen instellingen overige aandachtspunten apart waarderen. Deze handreiking beoogt u te ondersteunen bij de keuze tot aanschaf van een op maat gemaakt meldsysteem.

Op de website www.veiligezorgiederszorg.nl / speerpunt VIM / documenten treft u ook hierover meer informatie aan.

4.4 Waar wat registreren








Registratie van incidenten in de zorg vraagt grote zorgvuldigheid. Het is daarom belangrijk te

bepalen waar wat wordt geregistreerd. Incidenten waarbij cliënten betrokken zijn en nadeel of schade hebben ondervonden, moeten **altijd** in het zorgdossier (bijvoorbeeld het elektronisch patiëntdossier) worden geregistreerd. Ook alle maatregelen die zijn genomen om het nadeel of schade zo goed mogelijk te herstellen, horen thuis in het zorgdossier. De instelling kan ook op deze manier verantwoording afleggen aan de cliënt en de Inspectie. Ook bij tuchtrechtelijk procedures is een zorgvuldig bijgehouden zorgdossier een voorwaarde. Daarnaast geldt voor incidenten waarbij medewerkers schade ondervinden, een goede verslaggeving in het personeelsdossier en zo nodig melding bij bijvoorbeeld de Arbeidsinspectie.

De VIM-melding is dus een vervolgstap op deze dossiermelding. Dit betekent daarom soms enige doublure in registreren. Het registratiedoel is echter geheel anders. VIM-meldingen beogen geen verslaggeving en verantwoording van incidenten, maar fungeren als input voor analyse van structurele verbetermogelijkheden. Ook (bijna) incidenten en onveilige situaties waarbij nog geen schade is opgetreden, worden hierin gemeld. Het VIM-dossier is een organisatie-instrument en - geen zorginstrument. Het VIM-dossier is daarom in beginsel niet ter inzage van de cliënt, ook al is het in veel situaties wenselijk de cliënt op de hoogte te stellen van melding en resultaten. Het advies is om het elektronisch patiëntdossier niet als VIM-systeem te gebruiken.

4.5 Meldformulier

In de NTA (paragraaf 4.9.1) is beschreven wat per incident minimaal wordt vastgelegd:

-  de datum
-  het tijdstip
-  de locatie van optreden van het incident
-  de toedracht en de mogelijke oorzaken van het incident
-  de eventuele gevolgen voor de patiënt en/of medewerker
-  de classificatie van ernst van het vermoedelijk letsel (zie tabel 1)
-  een korte omschrijving van het incident en de maatregel die is genomen om herhaling te voorkomen.

Naast bovenstaande punten kan een organisatie er voor kiezen meer informatie op te vragen via het meldformulier, bijvoorbeeld gegevens over de patiënt (leeftijd, mobiliteit, ziektebeeld). Daarnaast kan de keus worden gemaakt om alle vragen door de melder in te laten vullen, of een aantal vragen open te laten voor het VIM-team of het afdelingsmanagement.


Bij de keuze wat de instelling extra wil opnemen in het meldformulier dient rekening gehouden te worden met het feit dat de hoeveelheid informatie die op het formulier ingevuld moet worden, invloed heeft op de gebruiksvriendelijkheid van het meldsysteem. Als er weinig informatie op het formulier ingevuld hoeft te worden, kost het de melder minder tijd, maar is de kans groot dat het VIM-team nog bij de melder terugkomt voor aanvullende informatie. Een te lang formulier kost de melder te veel tijd en zal niet stimuleren tot melden. Overigens zijn de meldformulieren van professionele meldsystemen veelal dynamisch. Dat betekent dat alleen dat op geleide van antwoorden alleen de relevante vervolgvragen worden getoond zodat de vragenlijsten, ondanks gedetailleerde informatiewinning, voor de melder heel overzichtelijk blijven.


Daarbij zal goede feedback aan de melder over de volledigheid van het ingevulde formulier bijdragen aan de acceptatie van het formulier. Ook de vraag of er anoniem gemeld kan worden, is hier aan de orde. Bij een digitaal systeem is het nodig dit vast te leggen.

4.6 Anonieme meldingen


In de literatuur wordt regelmatig aanbevolen om het mogelijk te maken om anoniem te melden.


Voordelen van anoniem melden zijn:

 Mensen voelen minder schroom, dus kunnen er meer meldingen binnenkomen, zeker als er sprake zou zijn van verstoorde werkverhoudingen.

 Wanneer de patiëntveiligheidscultuur nog niet geheel als veilig wordt ervaren, biedt het de medewerker de mogelijkheid incidenten te melden zonder daarop aanspreekbaar te zijn.

Nadelen van anoniem melden zijn:

 Er kan geen navraag gedaan worden over de melding bij de analyse en de analyse moet dus gemaakt worden met de informatie die in het meldformulier staat.

 Er kan geen terugkoppeling plaatsvinden naar de melder (in een digitaalsysteem kan wel een bedankje in een scherm te zien zijn voor de melder nadat het meldformulier is ingevuld).

Het is aan te bevelen - zeker in de beginfase - anoniem melden niet volledig uit te sluiten. Wanneer medewerkers in de organisatie anoniem blijven melden, dan kan de organisatie zich afvragen hoe de medewerkers de patiëntveiligheidscultuur ervaren en is het van belang acties in te zetten om het gevoel van veilig te kunnen melden te vergroten.

4.7 Privacy

Het VIM-systeem is uitsluitend bedoeld voor het analyseren van incidenten.

Persoonsgegevens van betrokken cliënten en medewerkers zijn alleen van belang in de fase van het onderzoek. Het advies is daarom de vertrouwelijkheid van het systeem goed te bewaken. Alleen direct bij het onderzoek betrokken functionarissen dienen toegang te krijgen. Worden ruimere leesrechten toegekend, dan worden tot personen herleidbare gegevens geanonimiseerd. Bij het afsluiten van het meldingsdossier worden bij voorkeur alle persoonsgegevens verwijderd. Overigens bieden de meeste professionele meldsystemen de mogelijkheid om de vertrouwelijkheid van informatie via rechteninstellingen nauwkeurig te bewaken.

5. Welke gebeurtenissen worden gemeld?

5.1 Uitgangspunt: alles melden wat niet de bedoeling is

Het uitgangspunt is dat zoveel mogelijk incidenten worden gemeld en geanalyseerd. Dit vraagt om een brede omschrijving van de te melden incidenten: het melden van 'alles wat niet de bedoeling is'. Het gaat daarbij niet alleen om gebeurtenissen die daadwerkelijk tot schade voor patiënten hebben geleid, maar ook om 'near misses' en gesignaleerde veiligheidsrisico's. Het voorafgaande sluit niet uit dat selectie plaatsvindt van de te analyseren meldingen (bijvoorbeeld naar aard, ernst of frequentie), dan wel dat de uitvoerigheid van de analyse per categorie meldingen kan verschillen.

5.2 Hoofdclassificatie: minimale dataset

Binnen het programma *Veilige zorg, ieders zorg* is in samenwerking met de zeven pilot-instellingen die deelnemen aan dit veiligheidsprogramma in de ggz een uniforme hoofdclassificatie uitgewerkt voor de ggz-sector.

Onder een classificatie in het kader van VIM wordt verstaan een uniforme definiëring van bepaalde hoofdkenmerken om incidenten te melden en te rapporteren. Met andere woorden: een incident dat ingevoerd wordt in het VIM-systeem wordt door elke ggz-instelling op dezelfde manier van hoofdkenmerken voorzien en op dezelfde manier - naar ernst - gerapporteerd. Het toekennen van subkenmerken is aan de instelling zelf.

Met de hoofdclassificatie wordt beoogd vergelijking van gedefinieerde data over de verschillende ggz-instellingen mogelijk te maken, om zo sectorbreed informatie uit te wisselen en/of prestatie-indicatoren te ontwikkelen. Daarmee kunnen op termijn op brancheniveau vergelijkingen worden gemaakt op de meeste voorkomende speerpunten van het patiëntveiligheidsprogramma *Veilige zorg, ieders zorg*.

De hoofdclassificatie bestaat uit twee onderdelen. De hoofdclassificatie heeft enerzijds betrekking op het soort incident en anderzijds op een voor de ggz voorgeschreven rapportagematrix om de ernst van het incident vast te stellen.

Op de website www.veiligezorgiederszorg.nl / speerpunt VIM / documenten treft u de hoofdclassificatie aan.

5.3 Uitgebreide classificatie

Gezien het belang om zo breed mogelijk te melden 'wat niet de bedoeling is', ligt het voor de hand de classificatie van (bijna) incidenten uit te breiden met andere type gebeurtenissen. De organisatie moet daar keuzes in maken. De meeste pilotinstellingen hebben gekozen voor een brede classificatie.

Een logisch correcte systematiek met elkaar uitsluitende categorieën vraagt op het hoogste niveau een beperkt aantal 'abstracte' categorieën met daaronder een groot aantal 'lagen'. Een dergelijk classificatie is niet erg overzichtelijk. Door op het hoogste niveau te kiezen voor meer en vooral 'concrete' categorieën, wordt het classificatiesysteem voor de melder toegankelijker. Medewerkers zien direct welk type gebeurtenis meldenswaardig is. Ook zijn er minder 'lagen'. Het nadeel is hierbij dat categorieën elkaar eerder zullen overlappen.

6. Wie melden er?

6.1 Uitgangspunt: zoveel mogelijk medewerkers betrekken

Hoe meer incidenten en onveilige situaties worden gemeld, des te groter is de kans dat de organisatie de veiligheid van de zorg kan verbeteren. Veiligheid van zorg betreft niet alleen de primaire zorgprocessen, maar ook alle ondersteunende processen. Het is daarom van belang om zoveel mogelijk medewerkers bij het VIM te betrekken.

Daarnaast kan er ook voor gekozen worden om vrijwilligers en of cliënten de mogelijkheid te bieden om te melden. Daartoe zullen nadere afspraken in het meldingssysteem moeten worden gemaakt over toegang, feedback, anonimiteit en dergelijke.

Van hulpverleners en andere medewerkers mag worden verwacht dat zij incidenten op de voorgeschreven wijze melden. Melden is voor hulpverleners zowel een professionele als soms ook een juridische plicht en dient derhalve een vanzelfsprekendheid te zijn. Het behoort tot de professionele verantwoordelijkheid van hulpverleners om over incidenten open en transparant te zijn.

7. Onderzoeken en analyseren van incidenten

7.1 Analyse gaat uit van systeemdenken

Incidenten worden gemeld om ze te kunnen analyseren en op die manier de zorg veiliger te maken. Uit vele onderzoeken is af te leiden dat een incident eigenlijk nooit het gevolg is van een gebeurtenis die niet goed ging. Als er iets misgaat is daar vrijwel altijd een keten van gebeurtenissen aan voorafgegaan, die in samenhang met elkaar het uiteindelijk incident hebben doen ontstaan.

Analyse van incidenten gaat uit van systeemdenken: het gaat er niet om wie iets fout heeft gedaan, maar waarom het fout is gegaan, welke veiligheidsbarrières afwezig waren of niet hebben gewerkt en wat de achterliggende oorzaken waren. Hiermee kan tot structurele verbetermaatregelen worden gekomen om herhaling te voorkomen. Het analyseren doorloopt een aantal stappen: risicotaxatie, oorzakenanalyses oftewel 'root cause analysis', trendanalyses en verbeteraanbevelingen.

7.2 Risicotaxatie

Wanneer een incident is gemeld, is het van belang het risico op herhaling en de ernst vast te stellen. Dit is immers bepalend voor de noodzaak om oorzaken op te sporen en weg te nemen. Het *herhalingsrisico* wordt bepaald aan de hand van inschatting van de vermoedelijke ernst bij herhaling en de vermoedelijke herhalingsfrequentie. De vermoedelijke ernst bij herhaling hoeft niet gelijk te zijn aan de feitelijke ernst van het incident. Een incident kan door toeval minder ernstig zijn geweest dan in de rede bij herhaling is te verwachten. Andersom kan natuurlijk ook. Door een inschatting te maken van de mogelijke gevolgen van het incident en de kans op optreden, ontstaat een risicoscore van het incident zoals te zien is in de risico-inventarisatiematrix in onderstaande tabel.

Deze matrix kan ondersteuning bieden bij het bepalen welke incidenten (uitgebreid) geanalyseerd moeten worden en of een melding met een hoog potentieel risico (rood) op organisatieniveau gerapporteerd moet worden. Veel ggz-instellingen hanteren de regel dat de groene vlakken geen (uitgebreide) analyse voor trendbewaking behoeven. Bij de gele, oranje of rode vlakken dient een analyse naar basisoorzaken plaats te vinden bijvoorbeeld met de PRISMA-analyse.

Frequentie	Ernst			
	Catastrofaal Ca	Groot Gr	Matig Ma	Klein KI
Wekelijks We	Zeer hoog	Zeer hoog	Hoog	Laag
Maandelijks Ma	Zeer hoog	Hoog	Laag	Zeer laag
Jaarlijks Ja	Hoog	Laag	Laag	Zeer laag
Minder dan 1x per jaar <Ja	Laag	Zeer laag	Zeer laag	Zeer laag

Tabel: Risico-inventarisatiematrix, ernst x frequentie

Het is van belang vast te stellen wie betrokken worden bij het invullen van de matrix. Een reden om het VIM-team de ernst en frequentie van een incident te laten inschatten, is de kennis van en ervaring met andere incidenten die zij hebben. Er kan ook voor gekozen worden de melder een inschatting te laten maken.

7.3. Onderzoek van toedracht en oorzaken

Het onderzoeken van de toedracht en (basale) oorzaken van incidenten en onveilige situaties is een zeer belangrijk onderdeel van het VIM. Het onderzoek levert immers aanvullende informatie op over structurele (systeem-)oorzaken, die veelal niet direct zichtbaar zijn. Veelal kost dit onderdeel ook de meeste tijd. Het onderzoek kan op verschillende wijzen geschieden, bijvoorbeeld door contact op te nemen met de melder of andere betrokkenen, door inspectie ter plaatse en door analyse van procedures en protocollen.

Op basis van de ervaringen van organisaties die al wat langer bezig zijn met VIM onderstaande tips.

Tips:



Doe bij voorkeur navraag bij de melder. Dit is niet alleen van belang bij onduidelijkheden, maar heeft ook een belangrijk relationeel effect. De meldingsbereidheid van melder is de grootste kracht van het VIM-systeem.



Bereid een gesprek wel altijd voor door vooronderzoek te doen. De tijd van melder en onderzoeker is kostbaar.




Lees relevante documenten, zoals procedures en protocollen. Belangrijk is een scherp beeld te hebben hoe de incidentsituatie feitelijk procedureel had moeten verlopen.





Bezoek zo nodig de plaats van het incident.



Reconstrueer zo nodig de toedracht in omgekeerd chronologische volgorde. Plaats de gegevens op een tijdlijn. Mochten gegevens ontbreken, dan is dit direct zichtbaar.

 Maak een analyse van welke veiligheidsbarrières niet (voldoende) hebben gewerkt. Door welke 'vangnetten' had het incident voorkomen kunnen worden? Hoe had een onveilige situatie nog op tijd kunnen worden hersteld?

 Hanteer een systeem. Omdat mensen fouten maken (en patiëntgebonden factoren inherent aan de zorg zijn) zit de meeste winst in het vinden van technische of organisatorische oplossingen. En als het menselijk gedrag het belangrijkste aanknopingspunt is, zoek dan ook hier weer naar systeemfactoren, zoals bijvoorbeeld training en opleiding.

 Werk altijd 'blame free'! Een melder heeft al het nodige moeten overwinnen om een melding te doen. Hij moet zich vervolgens veilig weten, dat niet hij maar de organisatie onderwerp van onderzoek is.

7.4 Root Cause Analysis

De kern van het VIM is het analyseren van fundamentele en basale (systeem-)oorzaken. Door deze oorzaken weg te nemen, kan de veiligheid structureel worden verbeterd. In sommige VIM-systemen wordt de melder en de leidinggevende uitgenodigd om een eenvoudige oorzaken analyse te maken op bijvoorbeeld de vier basisoorzaken:

 Organisatorisch,

 Technisch

 Medewerker

 Patiënt.

Met dit als vertrekpunt kan in veel gevallen de leidinggevende maatregelen nemen of verbeteracties inzetten om herhaling van het incident te voorkomen.

In veel gevallen zijn de fundamentele oorzaken niet gelijk aan de directe aanleiding of zichtbare oorzaak van het incident. Fundamentele oorzaken zijn meestal de oorzaken die achter de primaire aanleiding of direct zichtbare oorzaak liggen. Ze liggen als het ware aan het begin van de oorzaakketen en worden daarom basisoorzaken (root causes) genoemd.

Er zijn diverse methodieken om basisoorzaken diepgaand te analyseren, zoals SIRE, PRISMA en DAM. Allen hebben voor- en nadelen. Een nadere omschrijving van de methoden kunt u lezen op de website www.nivel.nl/liz.

Het is van belang te realiseren dat elke methodiek de nodige training en oefening vraagt. Ontwerp daarom een traject om de analysevaardigheden aan te leren en te onderhouden.

Op organisatieniveau moet een keuze gemaakt worden voor een bepaalde analysemethode. Het is verstandig om dit in een vroeg stadium te besluiten omdat de analysemethode medebepalend kan zijn voor de keuze van een digitaal systeem.


7.5 Welke meldingen worden geanalyseerd?

Het is over het algemeen niet mogelijk om alle meldingen individueel te analyseren. De selectie kan op verschillende manieren gemaakt worden. Een aantal voorbeelden zijn:

 *Steekproefsgewijs*

Steekproefsgewijze aanpak om een structureel idee te krijgen van alle verschillende soorten incidenten. Dit is statistisch gezien de beste methode om een database te krijgen die representatief is voor de meldingen die binnen de instelling gedaan zijn.

Bijvoorbeeld door elke vierde melding te selecteren.

 *Richten op meldingen uit een bepaalde periode*

Analyse van alle incidenten binnen een bepaalde periode om bijvoorbeeld tijdelijke trends te kunnen ontwaren. Selecteer een periode waarvan verwacht wordt dat er meer incidenten zullen voorkomen. Om juist inzicht te krijgen in de nieuwste problemen, selecteer dan bijvoorbeeld de afgelopen drie maanden als periode.

 *Richten op meldingen met een bepaalde score op ernst en/of frequentie*

Selectie van incidenten op basis van ernst en frequentie. Dit geeft inzicht in de problemen die het meest ernstig zijn en/of het meest voorkomen. Om te kunnen bepalen wat ernstig en/of vaak is, maakt het VIM-team gebruik van de risico-inventarisatiematrix (zie de tabel).

 *Richten op een bepaald proces*


Selectie van een bepaald proces om inzicht te krijgen in de mate van betrouwbaarheid van dit proces. De faalwijzen kunnen zo zichtbaar worden gemaakt. Een proces waarbij een dergelijke selectie toegepast zou kunnen worden is dat van medicatiedistributie.


 *Richten op meldingen met een bepaald thema*


Selectie van meldingen met een bepaald thema om zicht te krijgen op de eventuele faalfactoren die rond dat thema spelen. Een voorbeeld van een selectiethema is bijvoorbeeld valincidenten.


7.6 Trendanalyses

Als men bepaalde kenmerken van de incidentmeldingen in verschillende tijdsperiodes beschouwt, is het mogelijk om bepaalde trends waar te nemen die van betekenis kunnen zijn. Men kan bijvoorbeeld doorlooptijden tussen tijdstip incident, tijdstip melding, tijdstip analyse sec beschouwen, maar ook hoe deze doorlooptijden in het ene kwartaal zich verhouden tot die in het andere kwartaal. Dit zou iets kunnen zeggen over de meldcultuur. Zo beschouwd kan men per tijdsperiode kijken naar:

 aantallen meldingen per bepaald type incidenten (bijvoorbeeld valincidenten, agressiemeldingen, medicatiefouten). Dit kan iets zeggen van de meldingsbereidheid. Ook is het interessant om het aantal meldingen per FTE te monitoren. Na een zekere stabilisatie in het meldgedrag van medewerkers kan het ook wijzen op het minder of meer plaatsvinden van dit type incidenten.

 aantallen melders per functiegroep (zit er ontwikkeling in de meldingsbereidheid bij bepaalde professionals ?)

 absolute meldingsaantallen op divisieniveau.

 op welke tijdstippen in de 24-uursituatie vinden de meeste incidenten plaats en zijn daar veranderingen in waar te nemen.

Sommige professionele meldsystemen bieden de mogelijkheid om geavanceerde analyses te doen, bijvoorbeeld een databaseanalyse van root causes.

7.7 Wie onderzoeken en analyseren?

VIM-meldingen vinden plaats op het niveau van de directe werkomgeving van de melder. Op dit niveau is niet alleen de meeste betrokkenheid te verwachten, maar is vaak ook praktische kennis over plaatselijke omstandigheden aanwezig. Daarnaast is de verwachting dat melden en analyseren op afdelingsniveau het melden zal bevorderen. Een algemene aanbeveling is

om de directe leidinggevende niet alleen een belangrijke rol te geven bij het herstellen van het incident, maar ook bij het onderzoek en de analyse (zie ook paragraaf 2.2).

Toch blijkt deze aanbeveling in de praktijk ook de nodige nadelen te hebben. Het diepgaand onderzoeken en analyseren van incidenten vraagt om een specifieke reflecterende attitude die niet vanzelfsprekend onderdeel is van managementcompetenties. Daarnaast kost dergelijk onderzoek vaak veel tijd, iets wat veelal op gespannen voet staat met de dynamische managementfunctie. Ook blijkt in de praktijk dat op het niveau van uitvoerende eenheden niet alle bedrijfskennis aanwezig is die nodig is om de basisoorzaken van incidenten te achterhalen. Sommige instellingen laten daarom het analyseren over aan een VIM-commissie op afdelingsniveau. Soms worden ook materiedeskundigen uit de gehele organisatie bij de analyse betrokken, soms via automatische e-mail notificaties vanuit het digitale VIM-systeem. Maatwerk is voor elke organisatie aan te raden. Betrokkenheid van de directe leidinggevende is echter een belangrijke voorwaarde, zowel als informant als belanghebbende. Een laatste nadeel is dat het effect van de VIM soms te smal is als deze alleen op het niveau van de directe werkomgeving wordt uitgevoerd.

7.8 De verantwoordelijkheid voor het formuleren van aanbevelingen voor verbetering

VIM is een manier om inzicht te krijgen in de risico's op het gebied van patiëntveiligheid met het doel deze risico's het liefst weg te nemen of te beheersen. Verbeteringen moeten leiden tot minder risico's waardoor de kans op incidenten kleiner wordt. Het is belangrijk afspraken te maken bij wie de verantwoordelijkheid ligt voor het invoeren van verbeteracties naar aanleiding van de meldingen. In de NTA 8009:2007 (paragraaf 4.11) wordt deze verantwoordelijkheid aan de lijn toegewezen (dus bij de afdelingsmanager of -afhankelijk van de scope- het hogere management).

De afdelingsmanager is degene die bepaalt welke verbeteracties worden doorgevoerd en dient de voortgang hiervan te bewaken. Tevens heeft de manager de mogelijkheid wanneer het een overstijgend probleem betreft, de melding te laten escaleren naar een hoger gelegen niveau of de centrale VIM-commissie.

8. Rapportage

8.1 Feedback aan de melder

Het is van groot belang om de afhandeling van de melding aan de melder terug te koppelen. Dit dient binnen een redelijke termijn en persoonlijk te gebeuren.

8.2 Rapportage aan het management

Het is belangrijk op organisatieniveau vast te leggen welke informatie over incidenten naar welke functionaris binnen de organisatie gerapporteerd wordt. Dit dient te gebeuren conform bijlage A uit de NTA (zie tabel A.1).


Daarnaast is het van belang ook de stand van zaken rondom de ingezette verbeteracties te rapporteren. De afdelingsmanagers kunnen gevraagd worden om een kwartaalrapportage te geven van meldingen, de mogelijke oorzaken van incidenten, de risico's op de afdeling en de status van de verbeteracties. Het is belangrijk om vast te leggen wie verantwoordelijk is voor het elimineren of verkleinen van een bepaald risico en welke tijd hiervoor gereserveerd is. Lukt het niet om in een bepaalde afgesproken tijd het risico tot een aanvaardbaar minimum terug te brengen, dan moet er een mogelijkheid zijn verdergaande acties ten aanzien van dit risico op te schalen naar een hoger niveau in de organisatie. De afdelingsmanager rapporteert over bovenstaande zaken bij zijn leidinggevende.


8.3 Resultaten verbreden


De raad van bestuur is verantwoordelijk voor het verspreiden van voorbeelden van goede zorg over de afdelingen en daarnaast dient het management te zorgen voor een periodieke controle op de naleving van de verbetermaatregelen. De verbetermaatregelen die voort komen uit de incidentanalyse kunnen voor meerdere afdelingen of voor de gehele organisatie gelden.


Het is goed om na te denken hoe u deze verbetervoorstellen binnen uw organisatie wilt verspreiden zodat andere afdelingen daarvan kunnen leren. Het verspreiden van goede zorg en verbeteringen blijkt in de praktijk soms erg lastig te zijn. Om de invoering te vergemakkelijken hierbij nog een aantal tips.



Tips:

 Een enthousiaste pilotafdeling die VIM-men tot een succes heeft gemaakt is niet altijd een weerspiegeling van de rest van de organisatie. Het is dan ook niet mogelijk het traject van die afdeling als blauwdruk te nemen om VIM-men verder uit te rollen binnen uw organisatie. Betrek in de beginfase ook afdelingen die wat meer gereserveerd staan t.o.v. het VIM-men. Zij kunnen een grote toegevoegde waarde hebben. De (kritische) input die zij geven kan gebruikt worden om een meer realistisch uitrolplan te maken. Zo voorkomt u dat u later in het traject stagneert (Sarah W. Fraser 2007).

 Vier de successen! Wanneer afdelingen resultaten hebben bereikt is het goed deze aan de rest van de organisatie kenbaar te maken.




 Stimuleer medewerkers om met goede ideeën te komen. Een prijs voor patiëntveiligheid kan medewerkers stimuleren om verbeteringen aan te dragen.

 Laat de VIM-teams van elkaar leren. Organiseer bijeenkomsten waar resultaten kunnen worden uitgewisseld.

-  Zorg dat resultaten van het incident melden inzichtelijk zijn voor alle medewerkers.
-  Ontwikkel een nieuwsbrief of zorg dat het een prominente plaats heeft op het intranet.

8.4 Terugkoppelen van de resultaten van de analyses

De resultaten uit analyses moeten worden gebruikt om de veiligheidscultuur van de organisatie te vergroten. De resultaten kunnen daartoe op verschillende manieren worden teruggekoppeld:

-  *Schriftelijk*: geef iedere maand een overzicht van het aantal meldingen en soorten meldingen en welke verbeteracties zijn ingezet. Dit kan in de vorm van een nieuwsbrief waarin ook andere weetjes op het gebied van veiligheid kunnen worden vermeld.
-  *Intranet*: indien u als afdeling een startpagina heeft op het intranet is dit ook een uitermate geschikt medium om de medewerkers op de afdeling te informeren over de verwerkte incidenten en het thema veiligheid.
-  *Werkoverleg*: als vast agendapunt op het werkoverleg, waarbij er een overzicht gegeven kan worden van het aantal en soort meldingen. Er kan ook de keus gemaakt worden een incident of een thema er uit te lichten (bijvoorbeeld valincidenten) en dit gezamenlijk als team te bespreken.







Het belangrijkste van het melden en analyseren van incidenten is dat er daarna verbeteringen kunnen worden doorgevoerd om de schade aan patiënten te beperken of te voorkomen. Het is belangrijk om samen met de leidinggevende vast te stellen wat de rol van het VIM-team is met betrekking tot deze verbeteringen. Brengt u advies uit aan de leidinggevende die daarna verantwoordelijk is voor het doorvoeren en delegeren van de verbeteringen, of krijgt u vervolgens ook de verantwoordelijkheid voor de invoering van de verbeteringen? Helderheid over rollen, taken en bevoegdheden is noodzakelijk, waarbij de fasering en rolverdeling uit paragraaf 2 vertrekpunt kan zijn.

Realiseert u zich daarbij als VIM-team dat het doorvoeren van verbeteringen veel tijd kost. Bovendien is er waarschijnlijk voldoende deskundigheid op de afdeling bij collega's en werkgroepen aanwezig om deze verbeteringen op te pakken. Een bijkomend voordeel is dat hiermee tevens het draagvlak voor de verbetering wordt vergroot omdat het niet alleen het VIM-team is dat de verbeteringen doorvoert, maar het gehele team.

De vertaling van de incidenten met hun basisoorzaken naar structurele maatregelen kan op verschillende niveaus plaatsvinden.

9. Uitrol

Het is belangrijk de uitrol binnen uw organisatie duidelijk te beschrijven. In dat document is het belangrijk de volgende punten op te nemen:

-  Welke afdelingen starten en hoe verspreidt VIM zich verder?
-  Wie is verantwoordelijk voor de verspreiding van VIM binnen uw organisatie?
-  Bij wie kunnen mensen terecht met vragen over de verspreiding, PRISMA of technische vragen?
-  Hoe leren de afdelingen van elkaar?
-  Hoe wordt er geëvalueerd?
-  Wie bewaakt de uniformiteit van het analyseren?

10. Bronvermelding

Bij de uitwerking van deze handreiking is dankbaar gebruik gemaakt van de volgende bronnen.

Onderzoek dat door de beleidsafdeling van de KNMG is uitgevoerd in opdracht van ZonMw: J. Legemaate, I. Christiaans-Dingelhoff, R.M.S. Doppegieter, R.P. de Roode. Het melden van incidenten in de gezondheidszorg. KNMG: Utrecht, 2006. Het onderzoeksrapport is te downloaden van www.knm.g.nl/publicaties.

In november 2006 verscheen tevens een boekuitgave van het rapport: J. Legemaate e.a., Veilig incident melden – Context en randvoorwaarden. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2006.

Praktijkids Veilig Incidenten Melden, VMSzorg, het patientveiligheidsprogramma van de ziekenhuizen (zie www.vmszorg.nl)

Prisma Praktisch; I, Hemmes, P. Zweekhorst, Amersfoort 2008

Colofon

Deze **Handreiking veilig incidenten melden** is vastgesteld op 20 januari 2010 door de Stuurgroep *Veilige zorg, ieders zorg* – patiëntveiligheidsprogramma GGZ 2008 – 2011

Opgesteld door:

Bart Bruins, Rivierduinen

Caroline van der Linde, CKMZ te Hendrik Ido Ambacht

John Aben, Breburg Groep

In samenspraak met de overige leden van de

Ontwikkelgroep *Veilige zorg, ieders zorg* – patiëntveiligheidsprogramma GGZ 2008 - 2011

Eindredactie:

GGZ Nederland

Copyrights:

Aan de inhoud van deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend. Ondanks de zorgvuldigheid waarmee deze handreiking tot stand is gekomen, is het patiëntveiligheidsprogramma *Veilige zorg, ieders zorg* of GGZ Nederland niet aansprakelijk voor eventuele drukfouten, noch voor gebruik van de inhoud van de teksten en de daaruit voortvloeiende feiten, omstandigheden en gevolgen. Overname van teksten is toegestaan na schriftelijke toestemming van GGZ Nederland.