

HANDREIKING VIM

Veilig incidenten melden en analyseren

 Veilig incidenten melden

COLOFON

Deze **Handreiking VIM** is opgesteld in opdracht van de Stuurgroep *Veilige zorg, ieders zorg* – patiëntveiligheidsprogramma ggz. In 2010 is de eerste versie van deze handreiking ontwikkeld. De afgelopen jaren is bij verschillende ggz-instellingen ervaring opgedaan met VIM. Die ervaringen zijn verwerkt in deze versie.

Opgesteld door:

CKMZ Hendrik Ido Ambacht

In samenspraak met leden van de Ontwikkelgroep *Veilige zorg, ieders zorg* – patiëntveiligheidsprogramma ggz.

Eindredactie:

GGZ Nederland Amersfoort

Vormgeving

o2 concept + graphic design Utrecht

Drukker

Drukkerij Damen B.V. Werkendam

Copyrights

GGZ Nederland. Oktober 2012

Publicatienummer 2012-383

Overname van teksten is toegestaan met bronvermelding.



VOORWOORD

Deze handreiking is bedoeld als praktisch hulpmiddel voor ggz-instellingen voor het veilig melden van incidenten (VIM). De landelijke hoofdclassificatie van 9 incidenten vormt de basis van VIM. In deze handreiking besteden we aandacht aan de keuzemomenten voor ggz-instellingen en doen we suggesties voor implementatie van een goed functionerend VIM systeem.

Veilig incidenten melden maakt deel uit van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Een VMS bestaat uit 6 elementen.



Beleid en organisatie

Formuleren van een veiligheidsbeleid en inrichten van de organisatie

Veiligheidscultuur

Creëren van een cultuur die veiligheidsbewustzijn stimuleert

VIM (Veilig Incidenten Melden)

In een veilige context incidenten melden

PRI (prospectieve risico-inventarisatie)

Inzicht in risicovolle processen

Continu verbeteren

Op basis van resultaten blijvend verbeteren van de patiëntveiligheid

Patiëntenparticipatie

Betrekken van patiënten bij veiligheidsstrategie, beleid en de uitvoering daarvan

INHOUDSOPGAVE

1. WAAROM INCIDENTEN MELDEN?	6
1.1 Veilig melden	6
1.2 Bron voor veiliger werken	7
1.3 Verschillende fasen bij incidenten	7
2. WAT MELDEN?	8
2.1 Stel een duidelijke definitie vast	8
2.2 Meld alles wat niet de bedoeling is	8
2.3 Voer hoofdclassificatie en ernstcategorie in	8
3. ORGANISEER VIM GOED	13
3.1 Organiseer commitment van rvb en management	13
3.2 Investeer in veiligheidscultuur	13
3.3 Creëer een veilige omgeving om te melden	13
3.4 Installeer een VIM-commissie	15
4. HOE MELDEN	18
4.1 Stel een meldprocedure vast	18
4.2 Maak duidelijk waar wat te registreren	18
4.3 Digitaal melden of niet?	19
4.4 Eisen aan het meldformulier	20
4.5 Wel of niet anoniem melden?	20

5. WIE MELDEN?	23
5.1 Zoveel mogelijk medewerkers	23
5.2 Patiënten melden (on)veiligheid	23
5.3 Meldingsbereidheid stimuleren	24
6. WAT DOEN MET MELDINGEN? ANALYSEREN EN VERBETEREN!	25
6.1 Analyse gaat uit van systeemdenken	25
6.2 Wie analyseren meldingen?	26
6.3 Risicotaxatie	28
6.4 Oorzaakanalyses	29
6.5 Welke meldingen analyseren?	29
6.6 Verbeteraanbevelingen	33
7. RAPPORTAGE	32
7.1 Feedback aan de melder	32
7.2 Terugkoppeling aan team	32
7.3 Rapportage aan het management	32
7.4 Wijze van terugkoppeling van de resultaten van de analyses	32
7.5 Typen analyses	33
7.6 Resultaten verbreden	36
VERDER LEZEN	38

1 WAAROM INCIDENTEN MELDEN?

Het systeem voor melden, systematisch verzamelen, analyseren van incidenten en verminderen van onveilige situaties neemt geen geïsoleerde plaats in. Het maakt onderdeel uit van een breder opgezet veiligheidsmanagementsysteem.

Het Veilig Incidenten Melden (VIM) beoogt een lerende organisatie te creëren, waarbij met een 'blame free' attitude naar onbedoelde gebeurtenissen in de organisatie wordt gekeken. Niet het falen van personen maar het ontbreken of niet goed functioneren van procedures, afspraken of veiligheidsbarrières is de focus. Wat kan in de organisatie verbeterd worden en waar veiliger gewerkt?

Kern van het veilig incidenten melden (VIM) is de retrospectieve incidentanalyse. Incidenten, bijna-incidenten en onveilige situaties worden achteraf geanalyseerd om de kans op herhaling zo veel mogelijk te voorkomen en te leren van deze onbedoelde gebeurtenissen.

Het VIM-systeem is een registratiesysteem om interne verbeteringen te realiseren. Om tot een integrale aanpak van maatregelen te komen, is het van belang data uit het VIM-systeem te koppelen aan andere registratie- en signaleringssystemen zoals RI&E, klachten, audits, medewerkerstevredenheidsonderzoeken en patiënttevredenheidsonderzoeken.

1.1 VEILIG MELDEN

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

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 medewerkers in de zorg nog als lastig bestempelen.

Praten over incidenten, toegeven dat er binnen het eigen handelen ook wel dingen mis gaan en daar open over zijn, is voor veel medewerkers niet makkelijk. Onafhankelijk van het feit of de zorgprofessional daar iets aan had kunnen doen of dat het ligt aan processen en organisatorische afspraken.

Wanneer de cultuur op de afdelingen en in de instelling veilig is, dan heeft dat een positieve invloed op de meldingsbereidheid van medewerkers.

Op www.veiligezorgiederszorg.nl is de *Handreiking Veiligheidscultuur* beschikbaar.

1.2 BRON VOOR VEILIGER WERKEN

Incidenten melden 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. Door het melden komen gegevens beschikbaar die in belangrijke mate kunnen bijdragen aan de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Naast het veiliger maken van de zorg vergroot VIM ook het veiligheidsbewustzijn van medewerkers, wat een positieve uitwerking heeft op het voorkomen van onbedoelde gebeurtenissen.

1.3 VERSCHILLENDE FASEN BIJ INCIDENTEN

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 gestart, zoals opvang bij 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 kan worden afgesloten met een VIM-melding.

Analyseren

Naar aanleiding van ontvangen meldingen 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. Deze fase vraagt reflectie. Ook vindt periodiek trendanalyse plaats, zowel centraal als decentraal. Deze fase wordt zo mogelijk afgesloten met een aanbeveling voor verbeteringen.

Verbeteren

Op basis van de verbeteraanbeveling uit de analysefase 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.

2

WAT MELDEN?

2.1 STEL EEN DUIDELIJKE DEFINITIE VAST

Op organisatieniveau is het belangrijk een definitie vast te stellen van *incident* en daarmee duidelijk te maken wat medewerkers moeten 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.

2.2 MELD ALLES 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 en medewerkers hebben geleid, maar ook om 'near misses' en gesignaleerde veiligheidsrisico's (Legemaate e.a., 2007).

2.3 VOER HOOFDCLASSIFICATIE EN ERNSTCATEGORIE IN

Het patiëntveiligheidsprogramma *Veilige zorg, ieders zorg* heeft een uniforme hoofdclassificatie uitgewerkt voor de ggz-sector. Hierdoor wordt een incident door

elke ggz-instelling op dezelfde manier van hoofdkenmerken voorzien en op dezelfde manier - naar ernst - gerapporteerd. Door de landelijke hoofdclassificatie is het mogelijk data van verschillende ggz-instellingen te vergelijken en sectorbreed informatie uit te wisselen.

De hoofdclassificatie is van toepassing op alle ggz-instellingen en bevat 9 typen incidenten:

1. Agressie en grensoverschrijdend gedrag
2. Brandincident
3. Dwang & Drang incident
4. Laboratorium incident
5. Medicatie-incident
6. Somatisch incident
7. Suïcide
8. Valincident
9. Vermissing-ontvluchting

Bij het bepalen van de verplichte hoofdkenmerken van de incidenten is aangesloten bij bestaande begrippenkaders en registratiesystemen.

Gezien het belang om zo breed mogelijk te melden 'wat niet de bedoeling is', ligt het voor de hand de hoofdclassificatie van (bijna) incidenten uit te breiden met andere type gebeurtenissen. De organisatie moet daarin zelf keuzes maken. Wanneer een instelling besluit om andere typen incidenten toe te voegen, is het zaak dat er géén overlap in definitie mag zijn met de hoofdclassificatie.

Nr. Hoofdclassificatie	Definitie	Opmerkingen
1 Agressie en grensoverschrijdend gedrag	<p>Agressie-incidenten zijn alle handelingen door een groep of individu die door degene die deze ondergaat als vijandig, vernederend of intimiderend worden beschouwd (ervaren). Het kan hierbij gaan om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • schelden, dreigen, manipuleren • slaan schoppen, bijten, prikken, steken • intimideren • met spullen gooien • spugen • discrimineren • pesten, treiteren, belachelijk maken • duwen, trekken • seksueel overschrijdend geweld <p>In de rapportagematrix komt in beeld tegen wie de agressie is gericht (patiënten, medewerkers, patiëntengroepen).</p>	<p>Een aantal VIM-systemen heeft een aparte agressiemodule of een aanvulling in het incidentenformulier. In de bestaande VIM systemen is het niet mogelijk om SOAS-R in te bouwen. Een aantal VIM-systemen werkt daarom met afgeleiden van SOAS-R (SOAS-C, SOAS-T, SOAS-X). De SOAS-R is wel ingebouwd in het VIM systeem RE-Act.</p>
2 Brandincident	<p>Onder brandincident wordt verstaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brand • smeulen of schroeien • brandalarm • vals brandalarm 	
3 Dwang & drangincident	<p>Dwang- en Drangmaatregelen perken de vrijheid van handelen in:</p> <ul style="list-style-type: none"> • separatie • afzondering • fixatie • gedwongen toediening van medicatie, vocht of voeding <p>Er is sprake van een dwang- of drang incident wanneer de noodzaak tot de maatregel niet aanwezig was of de maatregel niet op professionele wijze is uitgevoerd. Dan dient dit voorval, naast registratie in ARGUS, ook als incident gemeld te worden.</p>	<p>Vanaf 2012 zijn organisaties verplicht om dwang & drang maatregelen in Argus te registreren. Instellingen hoeven hun VIM-registratie en ARGUS-registratie niet te koppelen. Sommige instellingen hebben er voor gekozen om vanwege privacy-redenen VIM-registraties en ARGUS-registratie niet te koppelen.</p>
4 Laboratorium-incident	<p>Alle incidenten die plaatsvinden tijdens het proces van laboratoriumonderzoek:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Opnamefout 2. Afnamefout 3. Uitslagfout 	

Nr. Hoofdclassificatie	Definitie	Opmerkingen
<p>5 Medicatie-incident</p>	<p>Een medicatie-incident kan proces-gerelateerd, geneesmiddel gerelateerd en/of patiënt gerelateerd zijn (<i>Bron: CMR</i>).</p> <p>Medicatie-incidenten zijn incidenten die plaatsvinden in het medicatieproces. Het medicatieproces is onder te verdelen in:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Voorschrijven 2. Aanschrijven & medicatiebewaking 3. Bereiden/Voor Toediening Gereed Maken (VTGM) 4. Klaar zetten/afleveren 5. Gebruik/toedienen 6. Monitoring van de patiënt m.b.t. medicatiegebruik 7. Opslag/logistiek 	<p>De medicatie-incidenten sluiten aan bij de classificatie van de CMR (Centrale Medicatiefouten Registratie).</p>
<p>6 Somatisch incident</p>	<p>Somatische incidenten zijn incidenten die de somatische zorgverlening betreffen niet zijnde medicatie-incidenten en laboratoriumincidenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • niet tijdig of foutief uitvoeren van somatische onderzoeken zoals somatische screening, controles of somatische handelingen • ECT-incidenten • Tilincident 	<p>Bij somatische zorgverlening zijn verschillende stappen te onderscheiden waarbij incidenten kunnen optreden</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnese en meting 2. Aanvragen lab 3. Bloedbeeld & anamnese beoordelen 4. Eventueel aanvullend lichamelijk onderzoek (standaard bij 0-meting op indicatie bij monitoring) 5. Conclusie en acties: <ul style="list-style-type: none"> • Vervolg monitoring • Interventies • Doorverwijzing

Nr. Hoofdclassificatie	Definitie	Opmerkingen
7 Suicide	<p>Suicide: een daad met fatale afloop welke de overledene in de wetenschap of de verwachting van een potentiële fatale afloop, heeft geïnitieerd en uitgevoerd met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen.</p> <p>Suicidepoging: niet-habitueel gedrag zonder dodelijke afloop dat de persoon initieert en uitvoert met de verwachting van, of het risico neemt om, te overlijden of lichamelijke schade te veroorzaken, met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen.</p> <p><i>Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling suicidaliteit</i></p>	<p>Ggz-instellingen moeten suicides en ernstige suicidepogingen waarbij sprake is van ontoereikende zorg melden bij de IGZ.</p> <p>De <i>Handreiking Uniforme meldingsroute bij suicides en ernstige suicidepogingen</i> die beschikbaar is op www.veiligezorgiederszorg.nl beschrijft dit proces.</p>
8 Valincident	<p>Onder een valincident wordt verstaan: het uit verticale of horizontale positie plotseling en onvrijwillig op de grond terechtkomen. Of iets een val is of niet, wordt dus niet bepaald door het feit of er wel of geen letsel is opgetreden.</p>	
9 Vermissing/Ontvluchting	<p>Een incident waarbij een patiënt het kliniekgebouw of het terrein zonder toestemming heeft verlaten, dan wel tijdens beveiligd transport is ontvlucht.</p> <p>Vermissingsincidenten zijn onder te verdelen in:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dwalen 2. Weglopen/niet terugkeren 3. Ontvluchting aan begeleiding 4. Ontvluchting uit een gesloten setting 5. Anders (zaken die niet bij bovenstaande vier onderdelen zijn onder te brengen) 	<p>Vermissing betreft niet alleen de forensische psychiatrie maar ook reguliere ggz-instellingen.</p>

De hoofdclassificatie heeft naast de 9 typen incidenten ook een rapportagematrix om de ernst van het incident vast te stellen en aan wie hierover gerapporteerd moet worden.

Met de rapportagematrix kunnen gegevens met elkaar vergeleken worden. Daarvoor is het van belang dat er genoeg VIM-meldingen per ernstniveau beschikbaar zijn.

Uit recent onderzoek (Trimbos, 2012) blijkt dat het niveau 'ernstig' zeer weinig voorkomt (of wordt gemeld). Dit kan meerdere oorzaken hebben. Bijvoorbeeld omdat de nieuwe rapportagematrix nog relatief nieuw is of omdat ernstige incidenten in andere systemen ingevoerd worden dan het VIM systeem of omdat deze worden gemeld als calamiteit bij de IGZ.

Ernst ¹	Toelichting	Rapportage incident
Fataal incident	Overlijden van de patiënt als gevolg van het incident.	De betrokken behandelaar of verantwoordelijke zorgverlener zorgt dat de Raad van Bestuur binnen 8 uur op de hoogte is van het incident en rapporteert de gegevens van het incident zo snel mogelijk schriftelijk aan de Raad van Bestuur en het management. Bij dit type incident geldt een meldingsplicht bij de IGZ en bij overlijden van een medewerker bij de Arbeidsinspectie.
Zeer ernstig incident	Blijvende gevolgen voor de patiënt/medewerker.	De betrokken behandelaar of verantwoordelijke zorgverlener zorgt dat de Raad van Bestuur binnen 8 uur op de hoogte is van het incident en rapporteert de gegevens van het incident zo snel mogelijk schriftelijk aan de Raad van Bestuur en het management.
Ernstig incident	Tijdelijke gevolgen voor de patiënt/medewerker.	Het management rapporteert gegevens van het incident per kwartaal aan de Raad van Bestuur.
Minder ernstig incident	Beïnvloedt de patiënt/medewerker en/of vervolgprocessen.	Het management rapporteert gegevens van het incident per kwartaal aan de Raad van Bestuur.
Bijna-incident	Geen gevolgen voor de patiënt/medewerker of volgende behandelstappen.	Het management rapporteert gegevens van het incident per kwartaal aan de Raad van Bestuur.

ORGANISEER VIM GOED

Om veilig incidenten te melden is het belangrijk dat aan een aantal voorwaarden binnen de instelling wordt voldaan.

3.1 ORGANISEER COMMITMENT VAN RVB EN MANAGEMENT

Voor het positioneren van VIM is het belangrijk dat de Raad van Bestuur van de ggz-instelling het belang van het melden en analyseren van incidenten onderschrijft. De Raad van Bestuur kan commitment laten zien door:

- in de missie en strategie de boodschap uit te dragen dat zorgveiligheid een hoge prioriteit heeft
- zorgveiligheid op de agenda te zetten van het managementoverleg, de Rvt, de OR, cliëntenraad en familieraad
- presentaties te geven waarin het belang van zorgveiligheid wordt besproken
- voldoende middelen beschikbaar te stellen om met VIM aan de slag te gaan.
- aanwezig te zijn bij bijeenkomsten van de VIM-commissie.

Naast draagvlak vanuit de Raad van Bestuur is ook draagvlak nodig vanuit verschillende disciplines en de cliëntenvertegenwoordiging.

3.2 INVESTEER IN VEILIGHEIDSCULTUUR

Voor het succesvol melden van incidenten op afdelingen binnen de organisatie is het van wezenlijk belang dat er een veiligheidscultuur wordt gecreëerd. Dit is een cultuur waarin medewerkers zich bewust zijn van de risico's van het eigen handelen en waarin zij bereid zijn incidenten te melden en te bespreken en om daarvan te leren. Het is ook een cultuur waarin open over incidenten en onveilige situaties kan worden gesproken.

Voorbeelden en instrumenten om de veiligheidscultuur te bevorderen staan beschreven in de *Handreiking Veiligheidscultuur* die op www.veiligezorgiederszorg.nl beschikbaar is.

3.3 CREËER EEN VEILIGE OMGEVING OM TE MELDEN

Medewerkers moeten incidenten veilig kunnen melden. Veilig betekent dat de melder niet bevreesd hoeft te zijn dat op basis van de melding jegens hem disciplinaire maatregelen zullen worden getroffen. Ervaren onveiligheid op dit punt zal de meldingsbereidheid doen afnemen.

Medewerkers moeten daarom expliciet te horen krijgen dat ze een incident kunnen melden zonder daar persoonlijk op te worden afgerekend. Allereerst is het van belang dat de leidinggevende of de 'ontvanger van meldingen' (bijvoorbeeld de VIM-commissie) integer met meldingen én de melder omgaat. Wanneer naar

de melder wordt uitgestraald dat vertrouwelijk met de melding wordt omgegaan, ontstaat de bereidheid bij de medewerkers om steeds meer te melden.

3.3.1 Let op privacy van de betrokkenen bij het incident

Het VIM-systeem is uitsluitend bedoeld voor het analyseren van incidenten. Persoonsgegevens van betrokken patiënten en medewerkers zijn alleen van belang in de fase van het onderzoek. Daarom is het essentieel om de vertrouwelijkheid van het systeem goed te bewaken. Alleen direct bij het onderzoek betrokken functionarissen dienen toegang te krijgen. Wanneer ruimere leesrechten worden toegekend, dan moeten tot personen herleidbare gegevens geanonimiseerd worden. Bij het afsluiten van het meldingsdossier worden bij voorkeur alle persoonsgegevens verwijderd.

De meeste professionele meldsystemen bieden de mogelijkheid om de vertrouwelijkheid van informatie via autorisaties nauwkeurig te bewaken.

3.3.2 Zorg voor juridische bescherming melder

Het veilig melden van incidenten vereist een zekere mate van juridische bescherming van de melder. Gegevens uit interne meldingssystemen van zorgaanbieders mogen niet als bewijs worden gebruikt in een civielrechtelijke, bestuursrechtelijke, tuchtrechtelijke of disciplinaire procedure.

De primaire verantwoordelijkheid voor juridische bescherming ligt bij het management, door het treffen van de volgende maatregelen:

- Het aanbrengen van een scheiding tussen een meldsysteem gericht op het in algemene zin verbeteren van de zorgveiligheid 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 (dat geldt voor patiënt, medewerker 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.

3.3.3 Wijs medewerkers op individuele verantwoordelijkheid

Veiligheid van de melder betekent niet dat de individuele verantwoordelijkheid van de melder en de mogelijkheid om tegen de melder maatregelen te nemen komen te vervallen. Bijvoorbeeld in situaties van opzet of grove nalatigheid moet het mogelijk zijn tegen de betreffende medewerker zo nodig maatregelen te nemen.

De bevoegdheid van een werkgever om een disciplinaire maatregel op te leggen vloeit voort uit de gezagsverhouding tussen werkgever en werknemer die inherent is aan een arbeidsovereenkomst. Wel zal het opleggen van disciplinaire maatregelen getoetst moeten worden aan de bepalingen die regelen dat een werkgever en een werknemer verplicht zijn zich als een 'goed werkgever' respectievelijk 'goed werknemer' te gedragen.

Ook het strafrecht en het tuchtrecht stelt grenzen aan de bescherming van medewerkers.

Volgens recente rechtspraak heeft het OM ruimere mogelijkheden om bij fouten jegens de patiënt het patiëntendossier op te vragen. Dat betekent dat het in veel gevallen niet nodig zal zijn voor het OM om incidentmeldingsgegevens bij hulpverleners in beslag te nemen. Hoewel er wettelijk geen beperking is om informatie uit het VIM-systeem als bewijsmateriaal te

gebruiken, heeft het OM aangegeven dat zij daar veelal geen noodzaak toe ziet en slechts in zeer uitzonderlijke omstandigheden van de inbeslagnamebevoegdheid gebruik zal maken.

Op www.nivel.nl/liz (onderdeel juridisch kader) en www.aedesnet.nl vindt u meer informatie over mogelijkheden en onmogelijkheden van juridische bescherming van medewerkers.

3.4 INSTALLEER EEN VIM-COMMISSIE

In de praktijk blijkt dat het introduceren van een VIM-systeem leidt tot een forse toename van het aantal meldingen. Om deze positieve ontwikkeling effectief te laten blijven is snelle feedback aan de melder een randvoorwaarde.

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. De meeste instellingen laten daarom het analyseren over aan een VIM-commissie op decentraal of centraal niveau. Soms worden ook materiedeskundigen uit de 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.

De belangrijkste taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van een VIM-commissie zijn:

- verzamelen van meldingen
- bevestigen van binnengekomen meldingen
- analyse van meldingen
- terugkoppelen van resultaten van analyse van meldingen
- formuleren van verbeteracties, in samenspraak met de medewerkers in de organisatie.

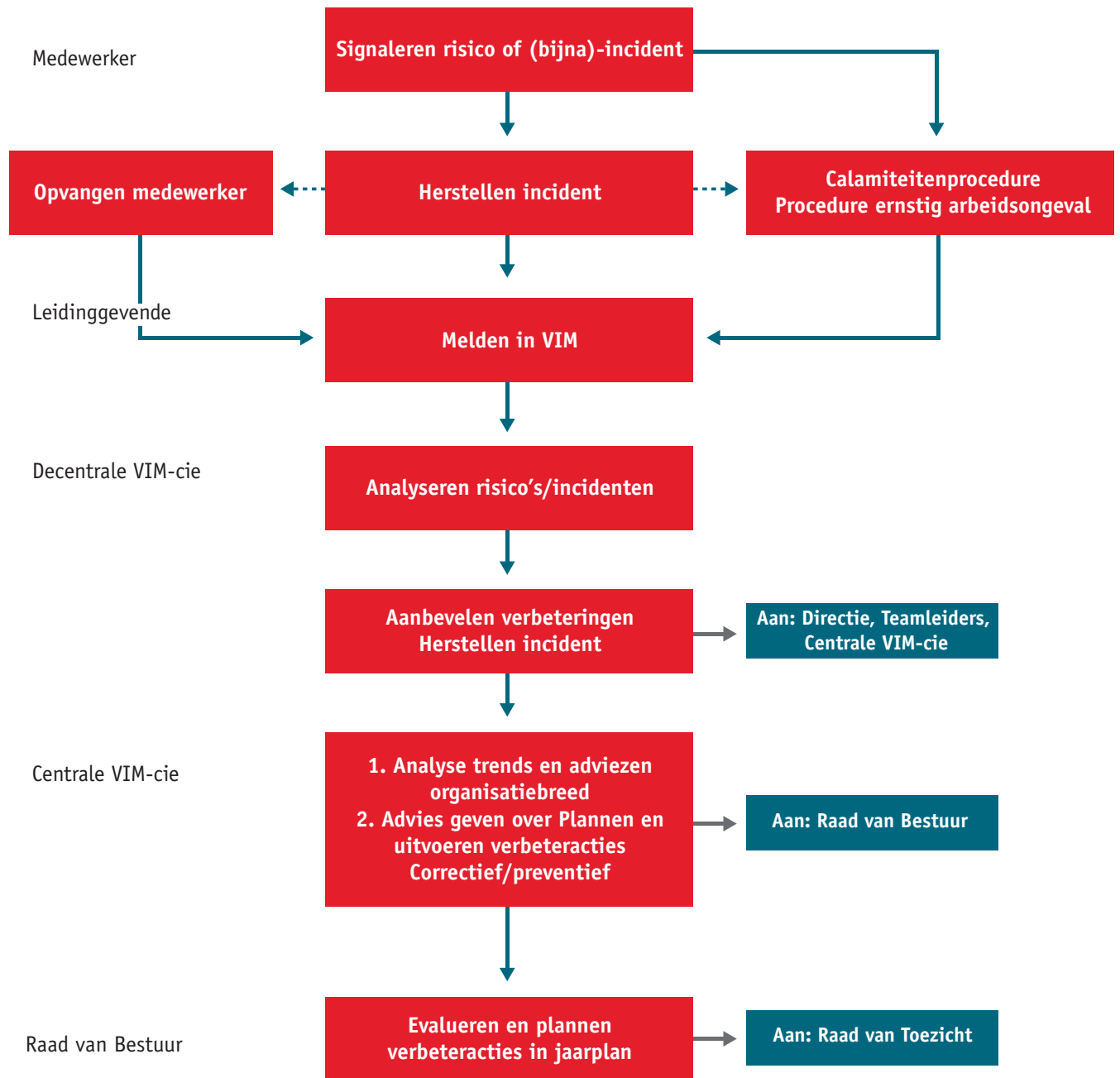
Bij het instellen van een VIM-commissie dient er rekening gehouden te worden met de kennis van de direct betrokkenen. Als een VIM-commissie decentraal wordt ingesteld, kan deze beter dan een centrale commissie inschatten waarom bijvoorbeeld een verkeerd medicijn gegeven is, omdat de leden van de VIM-commissie weten waar de medicijnen uitgezet worden, wanneer dat gebeurt en hoe de medicijnkast er uit ziet.

Op pagina 16 staat een voorbeeldstroomschema van een VIM-structuur. Hier is weergegeven hoe de rol van medewerker, teamleider, VIM-commissie, directie en bestuur ingevuld kan worden.

Bij kleinere en middelgrote werkverbanden is de noodzaak minder groot om een VIM-commissie op te richten. Het werk kan dan als volgt opgepakt worden:

- De taken van de VIM-commissie kunnen neergelegd worden bij een bestaande commissie (zoals commissie Kwaliteit), coördinatieteam of andere overlegvorm (ook regulier werkoverleg)
- De taken van de VIM-coördinator kunnen ondergebracht worden bij een lid (of eventueel meerdere leden) van het regulier werkoverleg
- Voor een groter collegiaal verband kan wel een VIM-commissie ingesteld worden bij kleinere en middelgrote werkverbanden.

Praktijkvoorbeeld Dimence: VIM-structuur



Medewerkers zijn verantwoordelijk voor de melding van incidenten ('alles wat niet de bedoeling is' waar zij bij betrokken zijn). Eventueel mag anoniem gemeld worden.

Teamleiders zijn verantwoordelijk voor eerste opvang en nazorg van patiënten en medewerkers na melding van incidenten. De teamleiders zijn ervoor verantwoordelijk dat gemelde incidenten worden gecategoriseerd naar ernst. De teamleiders zijn verantwoordelijk voor het opvolgen van verbetervoorstellen. De teamleiders zijn verantwoordelijk voor het minimaal 1 maal per maand verslag uitbrengen van informatie van de DVC/CVC over meldingen e.d. op het teamoverleg.

Decentrale Vim-cie (DVC) is bevoegd gegevens te verzamelen die zij nodig heeft voor haar taak. De DVC is bevoegd informatie te vragen aan medewerkers die betrokken zijn bij een incident en zich ter plaatse te oriënteren. De DVC mag indien gewenst, met toestemming van de patiënt, het dossier inzien. De DVC is verantwoordelijk om de incidenten binnen uiterlijk 6 weken na binnenkomst afgehandeld en ook als zodanig geregistreerd te hebben. De DVC is verantwoordelijk om de incidenten binnen 6 weken na binnenkomst te hebben teruggekoppeld aan de melder.

De DVC is verantwoordelijk voor het geheimhouden van vertrouwelijke informatie die haar toevertrouwd wordt in functie. De DVC maakt halfjaarlijks een rapportage van de bevindingen voor de CVC. Hierin zijn de meldingen geanonimiseerd en zoveel mogelijk op groepsniveau gegroepeerd.

Centrale Vim-cie (CVC) is bevoegd gegevens te verzamelen die zij nodig heeft voor haar taak. De CVC is bevoegd informatie te vragen aan DVC's en medewerkers die betrokken zijn bij een incident en zich ter plaatse te oriënteren. De CVC mag indien gewenst, met toestemming van de patiënt, het dossier inzien. De CVC is verantwoordelijk voor het geheimhouden van vertrouwelijke informatie die haar toevertrouwd wordt in functie.

Directie is, indien van toepassing, medeverantwoordelijk voor opvolgen van verbetervoorstellen van de DVC's. De Directie is verantwoordelijk voor het opvolgen van het jaarplan.

Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor het volgen van de uitkomsten en de vertaling ervan naar beleid in haar jaarplan. De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor de informatieverstrekking naar de OR, cliëntenraad en Raad van Toezicht.

4

HOE MELDEN?

4.1 STEL EEN MELDPROCEDURE VAST

De ggz-instelling moet een procedure vaststellen 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 en melding gedaan te hebben bij de IGZ.

4.2 MAAK DUIDELIJK WAAR WAT TE REGISTREREN

Registratie van incidenten in de zorg vraagt grote zorgvuldigheid. Het is daarom belangrijk te bepalen waar wat wordt geregistreerd. Incidenten waarbij patiënten 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 patiënt 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.

Naast het verplichte zorgdossier is het ook mogelijk om een CMR (Centrale Medicatie Registratie) systeem aan te schaffen. CMR is een onafhankelijke landelijke databank waar ziekenhuizen, openbare apotheken en ggz-instellingen medicatie gerelateerde incidenten anoniem kunnen melden. In geval van een alarmerend medicatie-incident, verstuurt de CMR-organisatie alertmeldingen. Bij deze berichten is de kans op schade van het incident groot, heeft het incident een grote kans op herhaling en een grote educatieve waarde. Het CMR systeem kan eventueel gekoppeld worden aan het VIM-systeem.

De VIM-melding is een vervolgstap op de dossiermelding. Dit betekent daarom soms enige doublure in registreren. Het registratiedoel bij VIM is anders. VIM-meldingen beogen geen verslaglegging 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 is een organisatie-instrument en geen zorginstrument. Het VIM is daarom in beginsel niet ter inzage van de patiënt en de IGZ, ook al is het in veel situaties wenselijk de patiënt op de hoogte te stellen van melding en resultaten. Het advies is om het elektronisch patiëntdossier niet als VIM-systeem te gebruiken.

4.3 DIGITAAL MELDEN OF NIET?

Er zijn drie manieren om melden te realiseren: via een digitaal meldsysteem, digitaal via een zelf gemaakt formulier en op papier.

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. Er zijn in Nederland verschillende leveranciers voor digitale meldsystemen. De leveranciers hebben de VIM hoofdclassificatie ggz ingebouwd in hun pakket. Meer informatie is beschikbaar op www.veiligezorgiederszorg.nl. Anno 2012 maakt circa 70% van de ggz-instellingen gebruik van een professioneel digitaal meldsysteem. De VIM-softwarepakketten zijn ingebouwd in de digitale werkomgeving van de ggz-instellingen. 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 hieraan ten grondslag lagen. In de meeste digitale systemen is het mogelijk de verbeteracties en de daarvoor verantwoordelijke persoon vast te leggen. Hierdoor kan de voortgang makkelijk bewaakt worden en is er inzicht in welke verbeteracties daadwerkelijk tot een daling van bepaalde incidenten hebben geleid. Het is belangrijk dit onderdeel op te nemen in het digitale systeem (een eis vanuit de NTA 8009:2007, zie paragraaf 4.10). Bij ggz-instellingen 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.

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 analysetools geïntegreerd hebben, zoals PRISMA en SIRE. Daarnaast is er meestal een uitgebreide rapport-generator in het systeem aanwezig, zodat (trend-) analyses op geaggregeerd niveau kunnen worden uitgevoerd en gepresenteerd.

In eigen beheer digitaal meldsysteem

De instelling maakt hierbij zelf in bijvoorbeeld Word of Excel een digitaal formulier dat vervolgens naar een intern verzamelpunt wordt gestuurd. Dit is een arbeidsintensief systeem en niet geschikt voor grotere organisaties. Ook de informatiebeveiliging is niet automatisch geregeld. Het is van belang door de afdeling ICT te laten controleren of dit systeem goed beveiligd is en niet toegankelijk is voor derden.

Papierensysteem

Een papieren meldsysteem is uit de tijd. Alleen voor heel kleine instellingen waar alle medewerkers gemakkelijk bij alle formulieren kunnen, is dit misschien nog een optie. De meldingen moeten bewaard worden in een veilige omgeving.

4.4 EISEN AAN HET MELDFORMULIER

In de NTA 8900:2007 (paragraaf 4.9.1) is beschreven wat per incident minimaal moet worden 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
- 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 de VIM-commissie 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 de VIM-commissie nog bij de melder terugkomt voor aanvullende informatie.

Een uitgebreid 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 op geleide van antwoorden de relevante vervolgvragen worden getoond zodat de

vragenlijsten, ondanks gedetailleerde informatiewinning, voor de melder heel overzichtelijk blijven.

Goede feedback aan de melder over de volledigheid van het ingevulde formulier draagt bij aan de acceptatie van het formulier.

→ Voorbeeld van een digitaal meldformulier:

4.5 WEL OF NIET ANONIEM MELDEN?

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 zorgveiligheidscultuur 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 digitaal systeem 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 zorgveiligheidscultuur ervaren en is het van belang acties in te zetten om het gevoel van veilig te kunnen melden te vergroten.

I Algemene gegevens

Betreft de melding een incident of bijna incident?

- Incident
- Bijna incident

Wanneer vond het incident plaats?

Op welk tijdstip vond het incident plaats?

Wie is/zijn betrokken bij het incident?

- Melder zelf
- Enkele patiënten van de afdeling
- Alle patiënten van de afdeling
- Collega's
- Familie van patiënt
- Derden

Op welke locatie heeft het incident plaatsgevonden?

In welke ruimte heeft het incident plaatsgevonden?

- Afzonderingskamer
- Activiteitenruimte
- Behandelkamer
- Crisiskamer
- Douche/toilet
- Gang
- Huiskamer
- kantoor
- Keuken
- Magazijn/opslagruimte
- Receptie
- Rokersruimte
- Secretariaat
- Separeer
- Slaapkamer
- Therapieruimte
- Trap
- Toegangsdeur
- Wachtruimte
- Anders

Beschrijf in eigen woorden wat er is gebeurd?

II Soort incident

- Agressie of grensoverschrijdend gedrag
- Brand
- Dwang & drang
- Laboratorium
- Medicatie
- Somatisch
- Suicide(poging)
- Vallen
- Vermissing/ontvluchting
- Anders

III Vragen voor de incidentanalyse

Welke aspecten hebben bijgedragen aan het ontstaan van het incident?

Organisatorisch	Technisch	Medewerker	Patiënt
Budget/management prioriteiten	Accommodatie/terrein	Afgeleid	Alcohol en drugs
Cultuur werkplek	Alarmering	Conditie	Conditie/fysieke toestand
Formatie/bezetting	Apparatuur	Deskundigheid	Culturele achtergrond
Kennis/deskundigheid niet aanwezig	Bediening/ Onjuist gebruik	Ervaring	Gedrag van de patiënt
Logistiek	Gebouwgebonden	Fysieke belasting	Groepssamenstelling
Onderbezetting	Handleidingen	Bekwaamheid/Bevoegdheid	Juridische status
Onvoldoende ingewerkt/begeleid	Hulpmiddelen	Ingewerkt zijn	Medicatie
Overdracht (binnen/tussen afdelingen)	ICT	Oplettendheid/vergissen	Onbekende risico's
Overleg	Instructie	Protocol/instructie niet nageleefd of onbekend	Psychische toestand van de patiënt
Planning	Materiaal defect	Teamsfeer/afdelingscultuur	Therapietrouw/motivatie
Protocol/afpraak niet aanwezig of onduidelijk	Onderhoud	Veiligheidsbewustzijn	Familie van de patiënt
Protocol/afpraak niet toegankelijk	Onduidelijke instructie	Werkdruk	Waarden en normen
Taken/verantwoordelijkheden/-bevoegdheden	Sloten, sleutels	Zorgvuldigheid	Ziektebeeld
Overig	Overig	Overig	Overig

Wat is de kans op herhaling?

- Zeer laag: het zal niet vaker dan 1x per 1-5 jaar gebeuren
- Laag: het zal mogelijk binnen enkele maanden weer gebeuren
- Hoog: het zal waarschijnlijk binnen enkele dagen weer gebeuren
- Zeer hoog: het zal zeer waarschijnlijk binnen enkele uren tot dagen weer gebeuren

Hoe ernstig zijn de gevolgen van dit incident?

- Bijna incident: Geen gevolgen voor de patiënt/medewerker
- Minder ernstig: beïnvloedt de patiënt/medewerker en/of vervolprocessen
- Ernstig: tijdelijke gevolgen voor de patiënt/medewerker
- Zeer ernstig: blijvende gevolgen voor de patiënt/medewerker
- Fataal: Overlijden van de patiënt/medewerker als gevolg van het incident

Welke maatregelen zijn gewenst om herhaling van dit incident te voorkomen?

Welke maatregelen zijn genomen om de gevolgen te beperken?

5.1 ZOVEEL MOGELIJK MEDEWERKERS

Hoe meer incidenten en onveilige situaties worden gemeld, hoe groter 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 te betrekken bij het melden.

Voor hulpverleners is melden een professionele plicht en moet daarom een vanzelfsprekendheid zijn. Het behoort tot de professionele verantwoordelijkheid van alle medewerkers om over incidenten eerlijk en open te zijn. De instelling kan ervoor kiezen om vrijwilligers de mogelijkheid te bieden om te melden in het VIM-systeem. Daarvoor moeten nadere afspraken in het meldings-systeem worden gemaakt over toegang, feedback en anonimiteit.

5.2 PATIËNTEN MELDEN (ON)VEILIGHEID

Bij de meeste ggz-instellingen kunnen patiënten geen incidenten melden in het VIM. Patiënten kunnen wel op andere manieren betrokken worden bij patiënt-veiligheid. In de *Handreiking Patiëntenparticipatie* is dit nader uitgewerkt. Die is beschikbaar op www.veiligezorgiederszorg.nl. In 2013 verschijnt de *Handreiking Cliënten melden (on)veiligheid*. Hierin wordt beschreven hoe ggz-instellingen patiënten en hun familie kunnen betrekken bij veilig incidenten melden.

Tips om patiënten en familie te betrekken bij veilig incidenten melden:

1. Zorg voor een systeem/protocol, anders dan de klachtenprocedure, waarin patiënten en hun familie veilig (anoniem) incidenten kunnen melden
2. Informeer alle patiënten en hun familie persoonlijk (bijvoorbeeld door de pb-er) over de wijze waarop ze incidenten tijdens het zorgproces kunnen melden.
3. Zorg voor advies van de cliëntenraad en familieraad bij het vormgeven, vaststellen en evalueren van het meldingssysteem
4. Schakel patiënten en familie in bij het maken en vormgeven van voorlichtingsmateriaal voor patiënten en familie over incidenten melden.

5.3 MELDINGSBEREIDHEID STIMULEREN

Met de introductie van een VIM systeem, zal het aantal meldingen toenemen. Vaak neemt de meldingsbereidheid na verloop van tijd weer af. Er zijn verschillende redenen voor een lage meldingsfrequentie van bepaalde type incidenten:

- Werkdruk: meer meldingen betekent meer werk
- Ervaren overload van registratiesystemen: in veel instellingen functioneren meerdere registratiesystemen naast elkaar, zoals EPD, Argus en Arbo-registraties. Registratie in het VIM wordt als dubbele registratie ervaren
- Gevoelens van angst of schaamte
- Onduidelijke definities en/of een onduidelijk proces
- Geen of weinig feedback
- Geen of weinig verbeteracties volgend op meldingen.

Om te kunnen leren van incidenten en de veiligheid te vergroten is het zaak om blijvend aandacht te besteden aan de meldingsbereidheid van incidenten. Een voorwaarde om de meldingsbereidheid te vergroten is duidelijkheid verschaffen over wat er van iedereen in de organisatie verwacht mag worden. Door taken en verantwoordelijkheden bij incidenten te specificeren weten medewerkers in de organisatie beter wat er van ze verwacht wordt en wat ze van anderen kunnen verwachten. Deze taken en verantwoordelijkheden staan uitgebreid beschreven in het boek 'Het nieuwe melden'. Om de meldingsbereidheid te stimuleren zijn feedback aan de melder en verbeteracties essentieel.

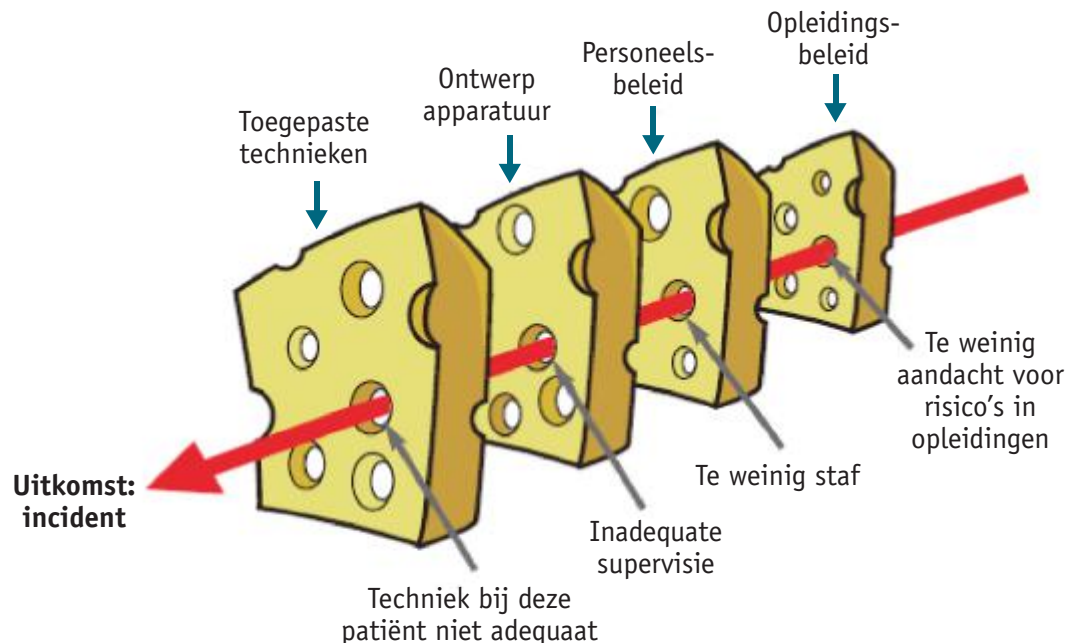
WAT DOEN MET MELDINGEN? ANALYSEREN EN VERBETEREN!

6.1 ANALYSE GAAT UIT VAN SYSTEEMDENKEN

Incidenten worden gemeld om ze te kunnen analyseren en op die manier de zorg veiliger te maken. Een incident is eigenlijk nooit het gevolg van één gebeurtenis die niet goed ging. Als er iets misgaat, gaat daar vrijwel altijd een

keten van gebeurtenissen aan vooraf, die in samenhang met elkaar het uiteindelijk incident hebben doen ontstaan.

De plakjes gatenkaas staan symbool voor veiligheidsbarrières. Voordat een fout leidt tot schade moeten er meestal meerdere veiligheidsbarrières doorbroken worden.



Voorbeeld: Nadat een arts medicatie voorschrijft, komt de apotheker in beeld en daarna de verpleegkundige en de patiënt. Wanneer een arts verkeerde medicatie voorschrijft en dit wordt niet opgemerkt door de apotheek of de verpleegkundige of de patiënt, dan hebben de veiligheidsbarrières niet gewerkt. De patiënt krijgt een verkeerd medicijn en kan schade oplopen.

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. Met dit inzicht kunnen structurele verbetermaatregelen worden genomen om herhaling te voorkomen.

Het analyseren doorloopt een aantal stappen: risicotaxatie, oorzakenanalyses oftewel 'root cause analysis', trendanalyses en verbeteraanbevelingen.

6.2 WIE ANALYSEREN MELDINGEN?

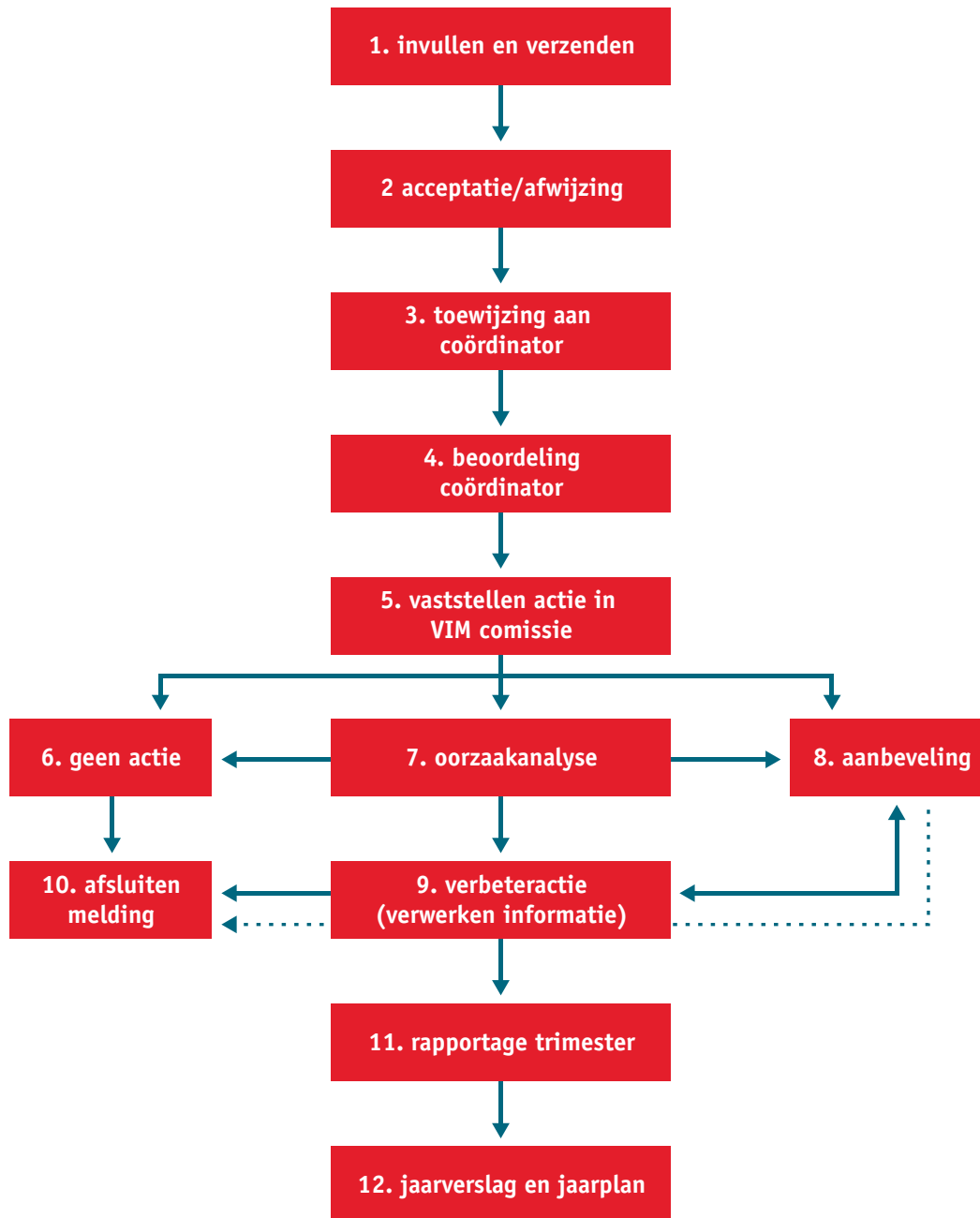
Een algemene aanbeveling is om de directe leidinggevende niet alleen een belangrijke rol te geven bij het herstellen van het incident, maar ook bij het onderzoek en de analyse.

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 die nodig is bij de analyse van incidenten. Daarnaast is de verwachting dat melden en analyseren op afdelingsniveau het melden zal bevorderen.

Toch blijkt deze aanbeveling in de praktijk ook 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. De meeste instellingen laten daarom het analyseren over aan een VIM-commissie op decentraal of centraal niveau.

→ Voorbeeld stroomschema meldingen

Voorbeeld stroomschema meldingen



		ERNST GEVOLGEN				
		Fataal	Zeer ernstig	Ernstig	Minder ernstig	Bijna incident
HERHALINGSRISICO	Vrijwel zeker	●	●	●	●	●
	Waarschijnlijk	●	●	●	●	●
	Mogelijk	●	●	●	●	●
	Onwaarschijnlijk	●	●	●	●	●
	Zeldzaam	●	●	●	●	●

Risico matrix: Herhalingsrisico <-> Ernst gevolgen

6.3 RISICOTAXATIE

De risicomatrix biedt ondersteuning bij het bepalen welke incidenten (uitgebreid) geanalyseerd moeten worden en of een melding met een hoog potentieel risico op organisatieniveau gerapporteerd moet worden. Veel ggz-instellingen hanteren de regel dat een lage score geen (uitgebreide) analyse behoeft. Bij de overige scores is het raadzaam een analyse naar basisoorzaken te doen.

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 ingeschat op basis van de vermoedelijke herhalingsfrequentie en van de vermoedelijke ernst bij herhaling. 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 risicomatrix. Het is van belang vast te stellen wie betrokken worden bij het invullen van de risicomatrix. Een reden om de VIM-commissie 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 of de teamleider een inschatting te laten maken.

6.4 OORZAAKANALYSES

Een belangrijk onderdeel van het VIM is onderzoek naar de toedracht en (basale) oorzaken van incidenten en onveilige situaties. Het onderzoek levert aanvullende informatie op over structurele (systeem-)oorzaken, die vaak niet direct zichtbaar zijn. Dit onderdeel kost de meeste tijd.

Door (systeem-)oorzaken weg te nemen, kan de veiligheid structureel worden verbeterd. In sommige VIM-systemen worden de melder en de leidinggevende uitgenodigd om een eenvoudige oorzaken analyse te maken op bijvoorbeeld de vier basisoorzaken:

- Organisatorisch
- Technisch
- Medewerker
- Patiënt

Na een eenvoudige oorzaken analyse kan in veel gevallen de leidinggevende maatregelen nemen of verbeteracties inzetten om herhaling van het incident te voorkomen.

Bij veel incidenten 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 methoden om basisoorzaken diepgaand te analyseren, zoals SIRE, PRISMA, BOW-tie en DAM. Alle methoden hebben voor- en nadelen. In de *Handreiking Risicomanagement* die op www.veiligezorgiederszorg.nl beschikbaar is, staan deze verschillende methoden beschreven. Op organisatieniveau moet een keuze gemaakt worden voor een bepaalde analysemethode. In sommige

VIM systemen is een analysemethode ingebouwd. Het is van belang te realiseren dat elke methodiek de nodige training en oefening vraagt.

6.5 WELKE MELDINGEN ANALYSEREN?

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

- **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.

- **Typen incidenten**

Selectie van een bepaald type melding om zicht te krijgen op de eventuele faalfactoren die rond dat thema spelen. Een voorbeeld van een selectiethema zijn agressie-incidenten.

- **Subcategorie**

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 kan worden is medicatiedistributie.

- **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.

- **Risicomatrix**

Selectie van incidenten op basis van de risicomatrix. Dit geeft inzicht in de incidenten die het meest ernstig zijn en/of het meest voorkomen. Zo kunnen bijvoorbeeld alle bijna-incidenten worden geanalyseerd. Die kunnen een indicatie zijn van de alertheid van medewerkers. Of alle ernstige incidenten met een redelijke kans op herhaling. De analyse levert input op voor noodzakelijke verbeterplannen.

6.6 VERBETERAANBEVELINGEN

VIM is een manier om inzicht te krijgen in de veiligheidsrisico's met het doel deze risico's weg te nemen of te beheersen. 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.

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 na melding.

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 (afdelings)manager is degene die bepaalt welke verbeteracties worden doorgevoerd en moet de voortgang hiervan bewaken. De (afdelings)manager heeft de mogelijkheid de melding te laten escaleren naar een hoger gelegen niveau of de centrale VIM-commissie, wanneer het een afdelingsoverstijgend probleem betreft. Het is belangrijk om samen met de leidinggevende vast te stellen wat de rol van de VIM-commissie is bij deze verbeteringen. Helderheid over rollen, taken en bevoegdheden is noodzakelijk, waarbij de fasering en rolverdeling vertrekpunt kan zijn.

TIPS

Tips voor incidenten analyses:

- 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 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 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.
- Ontwerp een traject om de analysevaardigheden aan te leren en te onderhouden.

7 RAPPORTAGE

7.1 FEEDBACK AAN DE MELDER

Het is van groot belang om de afhandeling van de melding aan de melder terug te koppelen. Dit moet binnen een redelijke termijn en persoonlijk te gebeuren. Door te melden via een elektronisch meldsysteem kan de melder makkelijk zien wat er met zijn of haar melding gebeurt.

7.2 TERUGKOPPELING AAN TEAM

Door een terugkoppeling aan het team van incidentmeldingen krijgt het team in de eerste plaats te zien dat er iets met de melding gebeurt. Verder kunnen op basis van incidentmeldingen verbetermaatregelen voor het hele team (en wellicht de organisatie) opgesteld worden.

7.3 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 moet gebeuren conform bijlage A uit de NTA 8900:2007. In deze rapportagematrix is per ernstcategorie een uitsplitsing gemaakt door wie en naar wie gerapporteerd moet worden, zie paragraaf 2.3.

Daarnaast is het belangrijk dat de stand van zaken bij verbeteracties wordt gerapporteerd. De (afdelings)

managers kan 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 op te schalen naar een hoger niveau in de organisatie om dit risico te beperken. De (afdelings)manager rapporteert over bovenstaande zaken bij zijn leidinggevende.

7.4 WIJZE VAN TERUGKOPPELING VAN DE RESULTATEN VAN DE ANALYSES

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

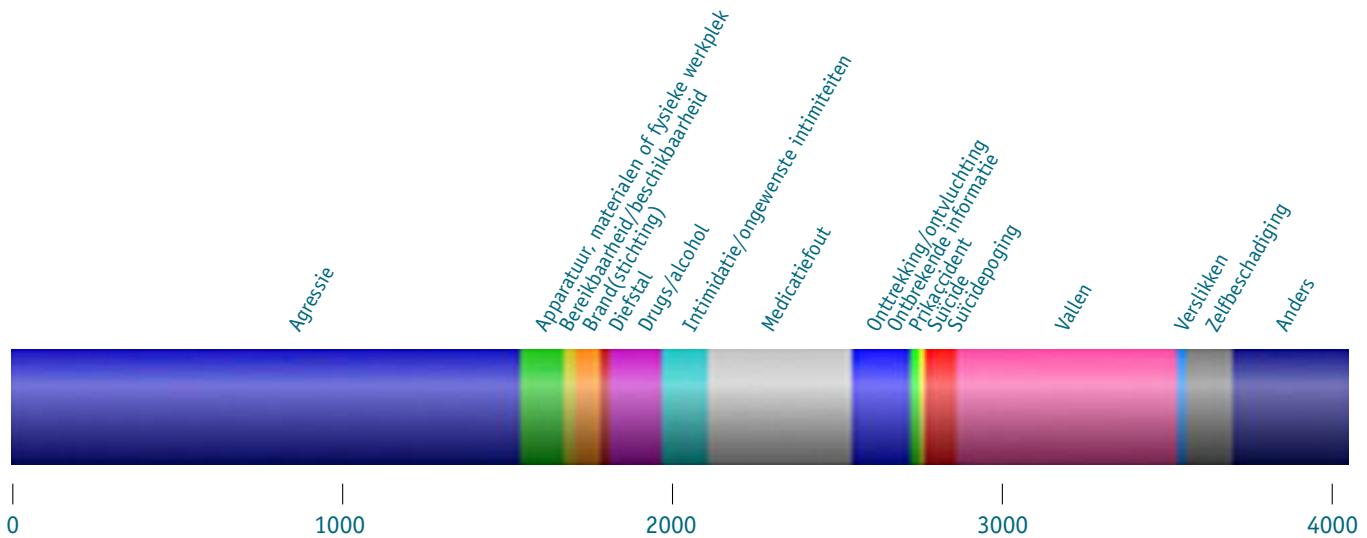
7.5 TYPEN ANALYSES

Enkele voorbeelden van analyses van VIM-meldingen:

- aantallen meldingen per type incident
- aantal zeer ernstige incidenten/calamiteiten (indicator veiligheid)
- aantal VIM-meldingen per FTE (indicator meldcultuur)
- aantal gemelde veiligheidsrisico's en bijna incidenten per FTE (indicator alertheid/cultuur)
- doorlooptijd VIM-meldingen (indicator functioneren VIM systeem)
- meldingsfrequentie per beroepsgroep
- benchmarks van vergelijkbare afdelingen
- op welke tijdstippen in de 24-uursituatie vinden de meeste incidenten plaats en zijn daar veranderingen in waar te nemen

Trendanalyses

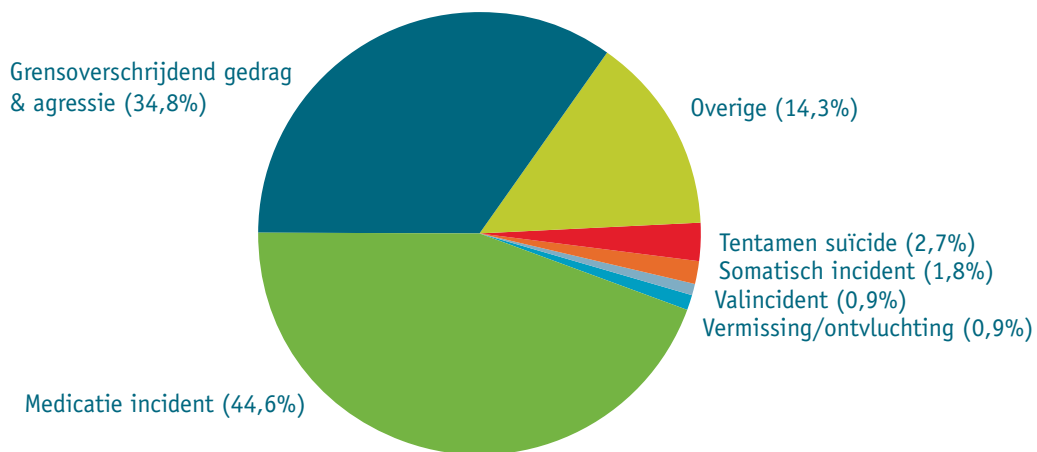
Het is mogelijk om bepaalde trends waar te nemen die van betekenis kunnen zijn. Zoals bijvoorbeeld doorlooptijden tussen tijdstip incident, tijdstip melding, tijdstip analyse en hoe deze doorlooptijden in het ene kwartaal zich verhouden tot die in het andere kwartaal. Het is interessant om het aantal 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. Het is ook interessant om aantallen melders per functiegroep bij te houden om te kijken of er ontwikkeling zit in de meldingsbereidheid bij bepaalde professionals.



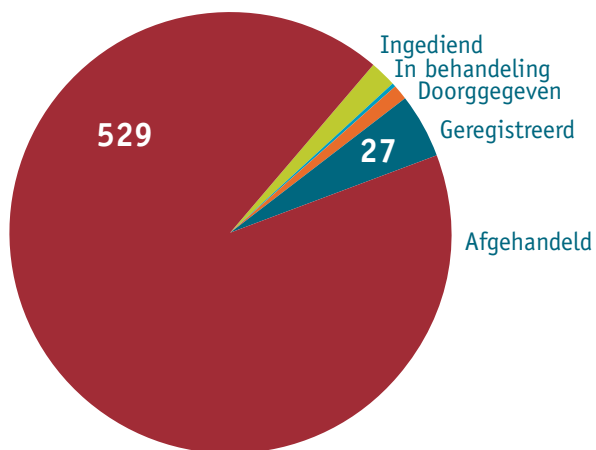
Aantallen meldingen per type incident

Veilig incidenten melden

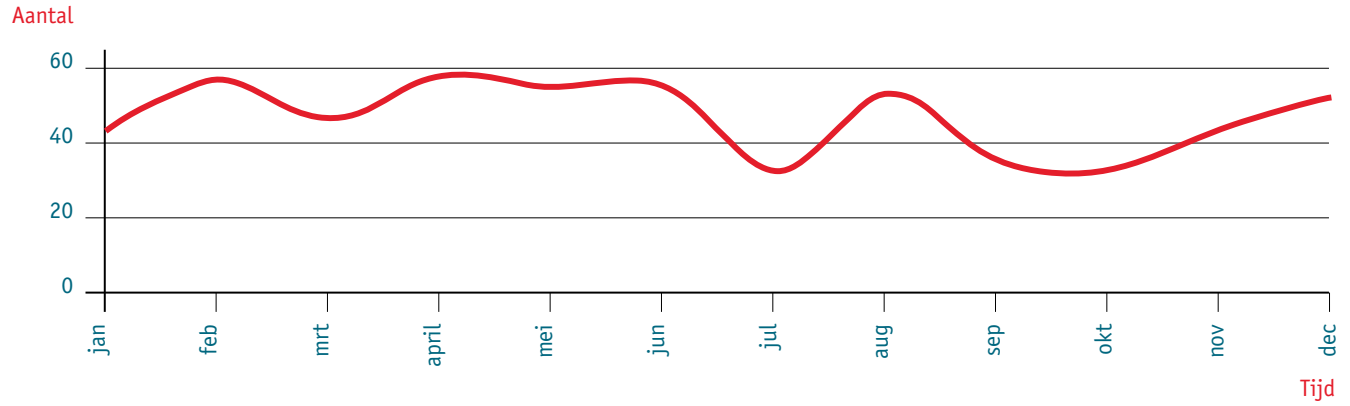
Aantal zeer ernstige incidenten/calamiteiten



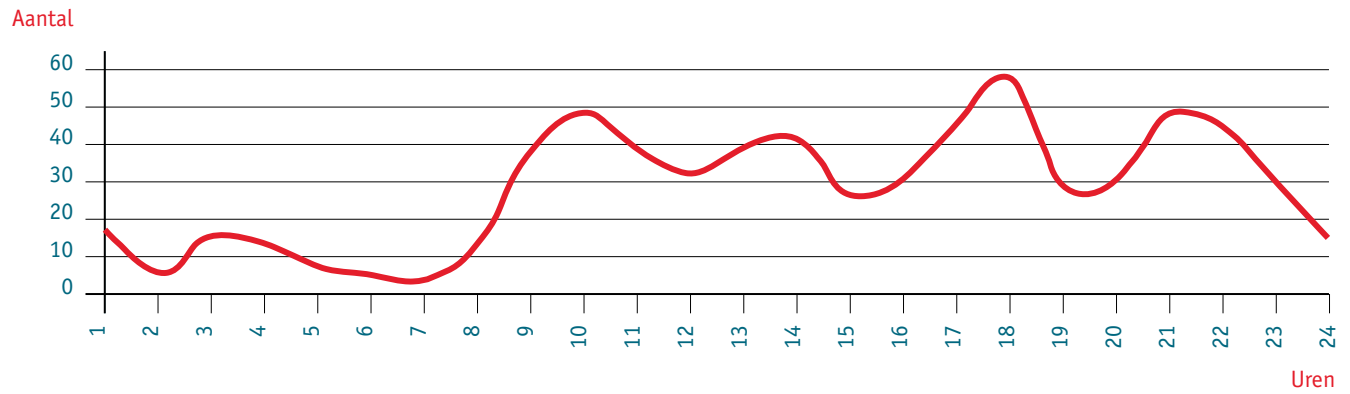
Doorlooptijd VIM-meldingen



Aantal meldingen per periode



Aantal meldingen per etmaal



TIPS

Schriftelijk: geef iedere afdeling per 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: wanneer een afdeling een startpagina heeft op het intranet is dit een uitermate geschikt medium om de medewerkers op de afdeling te informeren over de verwerkte incidenten en het thema veiligheid.

Werkoverleg: agendeer incidenten 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 bepaald type incident er uit te lichten (bijvoorbeeld agressie-incidenten) en dit gezamenlijk als team te bespreken.

7.6 RESULTATEN VERBREDEDEN

De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor het verspreiden van voorbeelden van goede zorg over de afdelingen. 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 volgen nog een aantal tips.

TIPS

- Een enthousiaste pilotafdeling die het VIM-systeem 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.
- 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 zorgveiligheid kan medewerkers stimuleren om verbeteringen aan te dragen.
- Laat de VIM-commissie 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 en zorg dat het een prominente plaats heeft op het intranet.

VERDER LEZEN

www.veiligezorgiederszorg.nl

Bakker J. (2007) *Ik meld veilig of ik meld niet* Rotterdam.

Becker J. de (2012) *Het nieuwe melden* Triaspect, Nijmegen

NTA 8009:2007 *Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen*

Broek S. van den (januari 2009) *Veilig Incident Melden (VIM), leidraad.*

<http://www.elseviergezondheidszorg.nl>

Hemmes I, Zweekhorst, P. (2008) *Prisma Praktisch* Zweekhorst, Amersfoort

Legemaate J. e.a. (2006) *Veilig incident melden – Context en randvoorwaarden* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Legemaate J. e.a. (2006) *Het melden van incidenten in de gezondheidszorg* KNMG: Utrecht. www.knmg.nl/publicaties.

Leegemate J. e.a. (september 2006) *Melden incidenten in de gezondheidszorg* Utrecht.

Nelissen-Vrancken M. (maart 2010) *Zorg voor Veilig module, Veilig Incident Melden (VIM), Werkmateriaal voor patiëntveiligheid in de eerste lijn* <http://www.zorgvoorveilig.nl>

Trimbosinstituut (2012) *Patiëntveiligheidsprogramma ggz 2008-2012 Tussenevaluatie*

VMSzorg *Praktijkgids Veilig Incidenten Melden* www.vmszorg.nl

Wagemans J.E. (augustus 2009) *Veilig Incidenten Melden. Wettelijke bescherming van de melder noodzakelijk?*

<http://www.slideshare.net/Jeswag/scriptie-gezondheidsrecht-je-wagemans>

In deze serie zijn verschenen:

