

Systematisch leren van incidenten in de gehandicaptenzorg
Een verkenning van activiteiten gericht op het melden, registreren, analyseren en leren
van incidenten en onbedoelde gebeurtenissen

Michel Dückers
Jasper Janssen
Cordula Wagner

Voorwoord

In 2008 is het NIVEL in samenwerking met het UMC St Radboud IQ healthcare, het Trimbos-instituut en VUmc verpleeghuisgeneeskunde gestart met de ontwikkeling van een handreiking voor het systematisch Leren van Incidenten binnen de Zorg (LIZ). LIZ wordt uitgevoerd in opdracht van ZonMw. Het project dient uit te monden in een handreiking die zorgverleners en hun instellingen kan ondersteunen bij het verbeteren van de cliëntveiligheid door systematisch lessen te trekken uit incidenten en onbedoelde gebeurtenissen. Aandachtspunten zijn het leren van incidenten op verschillende schaalniveaus en eventueel tussen sectoren. Tevens wordt rekening gehouden met juridische aspecten rondom het melden van incidenten binnen de organisatie.

In verschillende sectoren zijn door onderzoekers metingen verricht en expertbijeenkomsten georganiseerd om de stand van zaken van LIZ activiteiten in kaart te brengen. Het gaat om een inventarisatie van ervaringen, wensen, gehanteerde werkwijzen en goede voorbeelden binnen de eerste lijn, geestelijke gezondheidszorg, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen, evenals de gehandicaptenzorg en de ziekenhuissector. Naast een korte beschrijving van het LIZ project, de diverse functies waar de handreiking in dient te voorzien en de gehanteerde onderzoeksmethoden bevat dit document de resultaten van de inventarisatie in de gehandicaptenzorg.

Voor de overige sectoren zijn vergelijkbare rapportages opgesteld. De rapportages bevatten sectorspecifieke achtergrondinformatie waarop het ontwikkeltraject van de LIZ handreiking mede is gebaseerd.

Inhoudsopgave

1. Het LIZ project.....	7
1.1 Achtergrond.....	7
1.2 Onderzoeksvraag.....	8
1.3 Leeswijzer	8
2. Onderzoeksopzet	9
2.1 Inleiding.....	9
2.2 Metingen.....	9
2.3 Expertbijeenkomsten.....	9
3. Resultaten gehandicaptenzorg.....	11
3.1 Inleiding.....	11
3.2 Relevante voorgeschiedenis	11
3.3 Melden van incidenten: visie en werkwijzen	12
3.3.1 Visie op meldingen	12
3.3.2 Wat kan worden gemeld?	13
3.3.3 Wat wordt gemeld?.....	13
3.3.4 Meldbereidheid.....	14
3.3.5 Formulieren.....	14
3.4 Actie naar aanleiding van gemelde incidenten	15
3.4.1 Doorsturen.....	16
3.4.2 Behandeling/analyse.....	16
3.4.3 Verbeteren	16
3.4.4 Terugkoppelen	16
3.5 Melden en leren op verschillende niveaus.....	17
3.6 Juridische dimensie	18
4. Conclusies	21
Afkortingen	22
Bronvermelding.....	23
Bijlage A: Quick scan stand van zaken registratie en analysesystemen zorgaanbieders.....	24
Bijlage B: Halfgestructureerde interviewleidraad experts.....	26
Bijlage C: Programma expertbijeenkomst.....	28

1. Het LIZ project

1.1 Achtergrond

Veiligheid en onbedoelde gebeurtenissen

Zorgaanbieders binnen meerdere sectoren van de gezondheidszorg hebben een sterke belangstelling voor de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening. Cliënt en professional zijn er bij gebaat de (potentiële) schade aan de cliënt te minimaliseren. Dat lijkt een open deur, maar dat is het minder dan het op het eerste gezicht lijkt. In de praktijk gaat veel goed, maar onderzoek laat zien dat er ook risico's aanwezig zijn in het zorgproces (De Bruijne e.a. 2007). Het staat vast dat er bij de uitoefening van de medische taak onbedoelde gebeurtenissen optreden, resulterend in tijdelijke of blijvende ongemakken voor de cliënt, uiteenlopend van een verlengde opnameduur, tot onherstelbare schade. Sommige gevolgen manifesteren zich directer, zoals fysieke en emotionele schade bij de cliënt, andere effecten spelen op de wat langere termijn en raken ook de zorgverlener, zoals reputatieschade, stress en schuldgevoelens. Een realistisch perspectief is dat het risico op incidenten altijd aanwezig is in het werk. Ondanks zorgvuldigheid en goede bedoelingen zijn risico's niet altijd te ondervangen. Van belang is wel dat men zoveel mogelijk anticipeert op dergelijke risico's en dat er na het signaleren van een (bijna) incident of risico, maatregelen worden genomen om herhaling te voorkomen. Leren van incidenten, bij voorkeur systematisch, wordt als wenselijk ervaren. Door incidenten en hun oorzaken te bestuderen en ervaringen onderling uit te wisselen kunnen zorgprofessionals van elkaar leren en de procedures, hulpmiddelen en systemen waarmee wordt gewerkt verbeteren.

Ontwikkeling van een LIZ handreiking

Het LIZ project – systematisch leren van incidenten in de zorg – is een initiatief van ZonMw en richt zich op de eerste lijn, ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorginstellingen, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg. Het is een onderzoek- en ontwikkelproject dat dient uit te monden in een handreiking: een overzicht en advies met algemene en specifieke informatie over manieren waarop zorgaanbieders omgaan met het registreren, analyseren, leren en verbeteren naar aanleiding van incidenten. Het NIVEL voert het project uit in samenwerking met het Trimbos-instituut, het UMC St Radboud IQ healthcare, en het VUmc EMGO+ Instituut. Zorginstellingen, brancheorganisaties, de overheid en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hebben behoefte aan meer kennis en hulpmiddelen om te komen tot een, op verschillende niveaus, goed functionerend systeem om te kunnen leren van incidenten in de zorg. Een handreiking die zorgaanbieders handvatten biedt om een effectief LIZ in te voeren en af te stemmen op bestaande registraties kan hierbij uitkomst bieden en is derhalve het doel van dit project dat twee fasen kent: een ontwikkelfase en een pilotfase. Het eindproduct van de ontwikkelfase is een digitale handreiking, samengesteld uit de volgende onderdelen:

- een *leidraad stappenplan* met aangrijppingspunten ten behoeve van het LIZ beleid binnen zorgorganisaties. Deze leidraad maakt door middel van een reeks te doorlopen vragen inzichtelijk welke LIZ procesonderdelen en activiteiten aanvullende aandacht verdienen.
- het *LIZ model* bevat relevante achtergrondinformatie over specifieke elementen, waaronder een LIZ procesbeschrijving, een taak- en verantwoordelijkheidsverdeling, een aan te bevelen

- minimum dataset voor het melden en registreren van incidenten en een overzicht met juridische aandachtspunten rondom LIZ activiteiten. De achtergrondinformatie is gebaseerd op literatuur en praktijkervaringen.
- een *checklist*, bestaande uit 14 af te vinken onderdelen. De checklist stelt in staat te bepalen hoe ver zorgorganisaties zijn met de toepassing van LIZ activiteiten.

Tijdens de pilotfase wordt de handreiking geïmplementeerd en geëvalueerd in meerdere zorgorganisaties per sector.

1.2 Onderzoeksvraag

De huidige rapportage is een achtergrondstudie die deel uitmaakt van de LIZ ontwikkelfase. In de rapportage worden resultaten beschreven van verschillende metingen binnen instellingen voor gehandicaptenzorg, uitgevoerd in 2008. Het gaat om sectorspecifieke achtergrondinformatie waarop de ontwikkeling van de LIZ handreiking mede is gebaseerd. De centrale vraag luidt:

Wat is de stand van zaken binnen de gehandicaptenzorg met betrekking tot de meldingsbereidheid en het registreren, analyseren en leren van incidenten?

1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk twee van deze rapportage bevat een beschrijving van de onderzoeksmethoden. In hoofdstuk drie volgen de resultaten van het onderzoek in de gehandicaptenzorg. In hoofdstuk vier worden de voornaamste bevindingen gepresenteerd.

2. Onderzoeksopzet

2.1 Inleiding

Tijdens de ontwikkelfase wordt in iedere sector gebruik gemaakt van verschillende methoden. Enerzijds zijn metingen verricht (paragraaf 2.2). Daarnaast wordt het veld geraadpleegd om het draagvlak te vergroten en om te zorgen dat de handreiking al tijdens de ontwikkelfase wordt beoordeeld door ervaringsdeskundigen (paragraaf 2.3).

2.2 Metingen

De metingen kwamen neer op een quick-scan vragenlijst, een inventarisatie van gehanteerde meldformulieren en interviews met medewerkers van drie gehandicaptenzorginstellingen.

Quick scan vragenlijst

Door de onderzoekers is een vragenlijst ontwikkeld (bijlage A) en uitgezet in een steekproef van 50 gehandicaptenzorginstellingen. Er werden vragen gesteld over kenmerken van meldingen, schaalniveaus waarop wordt gemeld (van afdeling tot en met landelijk), aantal incidenten en aard, type formulieren, mate waarin melders op de hoogte worden gehouden van de voortgang, wat er met een melding gebeurt en de wijze van analyseren. Daarnaast zijn de aangeschreven instellingen verzocht een voorbeeld te verstrekken van de meldformulieren die worden gehanteerd.

In juni 2008 zijn de quick scan vragenlijst en een verzoek om procedurebeschrijvingen en meldformulieren verstuurd naar 50 gehandicaptenzorginstellingen. Geadresseerden waren kwaliteitsfunctionarissen. In juli 2008 is een herinnering verstuurd. Uiteindelijk zijn er 46 van de 50 uitgezette vragenlijsten ingevuld teruggekomen (respons: 92%).

Interviews

Op basis van ingevulde vragenlijsten en toegezonden meldformulieren zijn drie instellingen geselecteerd voor een verdiepend interview met stafmedewerkers. Doel van de interviews was aanvullende informatie te verzamelen over werkwijzen, ervaringen en voorkeuren. De onderzoekers hebben een halfgestructureerde vragenlijst opgesteld (bijlage B) met de volgende onderwerpen: definitie en ambities die de instelling er op na houdt ten aanzien van veilig melden, wijze van registratie en analyse, manieren om tot verbeteracties te komen, juridische aspecten van registratie- en analyse en individuele voorkeuren en wensen omtrent het leren van incidenten. De juridische vragen zijn aan een gezondheidsjurist voorgelegd. De interviews zijn gehouden in juli 2008. Van de gesprekken is steeds een verslag gemaakt dat ter verifiëring is voorgelegd aan de geïnterviewden.

2.3 Expertbijeenkomsten

Om te zorgen dat de handreiking zoveel mogelijk aansluit op lopende ontwikkelingen is het veld geraadpleegd. Op 2 oktober 2008 is een expertbijeenkomst georganiseerd voor vertegenwoordigers

van gehandicaptenzorginstellingen en de brancheorganisatie VGN (zie bijlage C). In deze bijeenkomst zijn concept onderdelen van de handreiking besproken. Op 9 december 2008 is een tweede bijeenkomst gehouden. Deze invitational conference is bezocht door onder meer genodigden uit de vijf sectoren, experts, vertegenwoordigers van patiënten- en cliëntenorganisaties, de IGZ en ZonMw. Ook tijdens de invitational conference zijn onderdelen van de handreiking onder de loep genomen.

3. Resultaten gehandicaptenzorg

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de quick scan vragenlijst, de interviews en de expertbijeenkomst voor de gehandicaptenzorg besproken. In paragraaf 3.2 wordt kort ingegaan op de recente voorgeschiedenis van LIZ activiteiten binnen de gehandicaptenzorg. Visie en werkwijzen staan centraal in paragraaf 3.3. In paragraaf 3.4 wordt stilgestaan bij handelingen die naar aanleiding van meldingen worden verricht. Daarna zijn aparte paragrafen gewijd aan melden en leren op verschillende niveaus (paragraaf 3.5) en de juridische dimensie (paragraaf 3.6).

3.2 Relevante voorgeschiedenis

Kwaliteitskader

Binnen de gehandicaptensector zijn de laatste jaren meerdere initiatieven ontplooid om de kwaliteit van zorg en cliëntveiligheid te bevorderen. De koepelorganisatie Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de IGZ, Zorgverzekeraars Nederland, cliëntenorganisaties en beroepsorganisaties hebben gezamenlijk een Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg¹ en een set kwaliteitsindicatoren met bijbehorend meetinstrumentarium voor de gehandicaptenzorg ontwikkeld.

Doel van het kwaliteitskader is het transparant maken, toetsen, verantwoorden, optimaliseren en verder ontwikkelen van de kwaliteit van de geboden zorg. Het kader biedt ondersteuning door zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg. In het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg is cliëntveiligheid één van de centrale thema's. Daaronder valt zowel fysieke en sociale als emotionele veiligheid. Met de betrokken partijen is afgesproken dat het kwaliteitskader en daarmee het veiligheidsthema mede leidend zijn voor alle kwaliteitsactiviteiten binnen de sector.

Kwaliteitssysteem en certificering

Een goed functionerend kwaliteitssysteem kan bijdragen aan het voorkomen van onaanvaardbare risico's op lichamelijke, psychische en sociale schade voor cliënten. Instellingen kunnen hier op verschillende manieren aan werken. Een toenemend aantal instellingen in de sector heeft gekozen voor een HKZ-certificaat. Om aan de certificaateisen te voldoen moet een instelling op verschillende momenten en op verschillende niveaus risicoanalyses uitvoeren. Het gaat om risico-inventarisaties op (individueel) cliëntniveau, retrospectieve oorzakenanalyses op basis van geconstateerde afwijkingen en prospectieve risicoanalyses van kritische primaire en ondersteunende processen. Het wordt als wenselijk ervaren dat instellingen op basis van de resultaten van deze analyses verbeteringen doorvoeren. In het vernieuwde HKZ-schema zijn de veiligheidsaspecten veelal geëxpliciteerd door middel van een toevoeging op de normen. Op deze wijze zijn ook de eisen uit de voor de ziekenhuissector ontwikkelde Nederlands Technische Afspraak (NTA) opgenomen. Aan het vernieuwde HKZ-certificatieschema voor de gehandicaptenzorg is bovendien een tabel toegevoegd

¹ Visiedocument. Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. VGN, Utrecht 2006.

met veiligheidsthema's en normen waar instellingen aandacht aan dienen te besteden. Door de integratie van cliëntveiligheidseisen in de HKZ-normen worden organisaties dus ook op cliëntveiligheid gecertificeerd.²

Zorg voor Beter

Zorg voor Beter is een verbeterprogramma voor de care sector gericht op kwaliteitsverbetering en de verspreiding van zorginnovaties. Zorg voor Beter richt zich enerzijds op inhoudelijke verbetertrajecten. Deelnemers kunnen in dat verband kiezen voor maximaal drie van de volgende generieke thema's: decubitus, eten en drinken, probleemgedrag, valpreventie, medicatieveiligheid en preventie van seksueel misbruik. Speciaal voor de gehandicaptenzorg zijn daar nog drie thema's aan toegevoegd: werken met het zorg- en ondersteuningsplan, omgaan met vrijheidsbeperkingen en empowerment van cliënten. Naast deze zorginhoudelijke verbetertrajecten richt Zorg voor Beter zich met het verbetertraject Plus op het breed doorvoeren van verbeteringen in de organisatie. De nadruk ligt op het leren van de methodieken en het opbouwen van eigen capaciteit om verbeteringen uit te voeren. Een goede verspreidingsstrategie en het inbedden van de verbetering in de organisatie, binnen de bedrijfsprocessen, horen hierbij. Gedurende het traject is er veel aandacht voor het meetbaar en zichtbaar maken van deze verbeteringen.

3.3 Melden van incidenten: visie en werkwijzen

3.3.1 Visie op meldingen

Ten aanzien van de visie op melden vallen de volgende zaken op:

- De eerste vraag die geïnterviewden voorgelegd kregen was wat binnen de instelling wordt verstaan onder veilig melden. Respondenten geven aan dat medewerkers moeten kunnen melden zonder represailles. Anoniem melden wordt niet gepropageerd.
- Het melden van incidenten is bij alle ondervraagden een beleidsdoel: "Het staat op de agenda van de organisatie. Dit moet ook wel, want een HKZ gecertificeerde instelling moet wat doen met het onderwerp." En: "het leeft en we zijn er blij mee dat de Raad van Bestuur het onderschrijft."
- Er wordt benadrukt dat meldingen door medewerkers worden gezien als een teken dat medewerkers bereid zijn om de veiligheid te verbeteren.
- "Het gaat zowel om cliëntgerelateerde als medewerkergerelateerde incidenten." Tijdens de expertbijeenkomst wordt duidelijk dat het scheiden daarvan niet als zinnig wordt ervaren.
- De antwoorden duiden bovendien op een paradox: "het dubbele is alleen dat we niet alles moeten willen melden. De bulk moet je analyseren en de analyse moet je doorsturen naar het beleidsniveau." De paradox is dat men het liefst op de hoogte is van alle incidenten, maar dat het qua hoeveelheid wel behapbaar moet blijven.

Twee van de geïnterviewden geven aan dat de omgang met incidenten onderdeel uitmaakt van de wijze waarop zij als stafmedewerker tegen kwaliteit aankijken. Eén van hen hanteert als filosofie dat een gemeld incident door de centrale meldcommissie moet worden opgevangen. Deze commissie vormt een eerste kring rondom een voorval. Daaromheen bevindt zich een tweede kring waar onbedoelde gebeurtenissen aan het licht komen in de vorm van een klacht. De andere ondervraagde wijst erop dat alles wat niet de bedoeling is, dient te worden gemeld. Deze instelling is bezig met de aankoop van een systeem dat afwijkingen registreert. Ook hier wordt erop gewezen dat dit aansluit op de HKZ-benadering, waarbij afwijkingen in het productie-/zorgproces – zoals incidenten – dienen te

² Veiligheidsagenda VGN 2008-2011, 2007.

worden verholpen.

Op de vraag hoe de norm binnen de organisatie wordt gecommuniceerd geeft één van de geïnterviewden aan dat er voorlichtingstrajecten worden geïnitieerd. De afdeling communicatie wordt betrokken bij de organisatiebrede communicatie. Ook geeft de ondervraagde incidenteel voorlichting en de meldcommissie start trajecten indien dit gewenst is.

3.3.2 Wat kan worden gemeld?

Meer dan driekwart (78%) van de quick scan respondenten geeft aan dat binnen de eigen instelling 'alles wat niet de bedoeling is ten aanzien van de cliënt' gemeld kan worden (tabel 3.1). Tijdens de expertbijeenkomst werd opgemerkt dat het een erg brede categorie is en of meer afbakening niet wenselijk is. Dit roept het tegenargument op dat medewerkers het gevoel moeten hebben hun notie van gevaar ergens kwijt te kunnen.

Uit het antwoord van de geïnterviewden op de vraag wat voor zaken er precies gemeld kunnen worden, blijkt dat de instellingen weinig beperkingen hanteren. Alles wat medewerkers belangrijk vinden mag worden gemeld. Meldingen zijn ruwweg in te delen in twee categorieën. Een categorie waarbij de cliënt de gedupeerde en een categorie waarbij de medewerker de gedupeerde is. De eerste categorie meldingen valt, indien sprake is van een calamiteit, onder de verantwoordelijkheid van de IGZ. Ernstige meldingen met betrekking tot medewerkers behoren tot het domein van de arbeidsinspectie. Tijdens de expertbijeenkomst wordt het scheiden van cliënt en ARBO bij gedragsincidenten een 'denkfout' genoemd: "zodra er sprake is van gedrag waar je iets aan wenst te doen, dan is het oninteressant wie het slachtoffer is." Volgens geïnterviewden is de basis van iedere melding identiek en maakt het niet uit of het voorval gaat over een cliënt of een medewerker: "alles moet worden gemeld, dus niet alleen onbedoelde gebeurtenissen over cliëntveiligheid."

Ondervraagden en de aanwezigen tijdens de expertbijeenkomst zijn zich er niettemin van bewust dat niet alles wordt gemeld. "Lang niet alle onbedoelde gebeurtenissen worden gemeld. Wel worden technische zaken gemeld en situaties waarbij sprake is van gladde vloeren of wanneer iemand gevallen is in de douche."

Tabel 3.1 Wat kan worden gemeld?

<i>Wat kan worden gemeld?</i>	Ja (%)	SD
Alles wat niet de bedoeling is in relatie tot de cliënt	78	0,42
Onbedoelde gebeurtenissen zonder schade aan de cliënt	59	0,50
Onbedoelde gebeurtenissen met schade aan de cliënt	61	0,49
Anders (met name: ARBO incidenten, klachten, bijna ongevallen)	41	0,50

(Bron Quick scan gehandicaptenzorg; n=46)

3.3.3 Wat wordt gemeld?

Uit gegevens van 43 gehandicaptenzorginstellingen is af te leiden dat het gemiddeld aantal meldingen (schatting/ jaarverslag) gemaakt binnen de instellingen in 2007 neerkwam op 2883, uiteenlopend van 56 tot 33060. Deze cijfers zijn niet gecorrigeerd voor instellingsgrootte.

Tevens is de vraag gesteld welke drie meldingen het vaakst voorkomen. De antwoorden waren 34% medicatie, 33% gedrag/agressie, 14% valincidenten, 9% ongeval/gevaarlijke situatie en 9% anders (N=46). "Agressie is het makkelijkst om over te melden, omdat het gaat om gedrag van anderen."

3.3.4 Meldbereidheid

Eén geïnterviewde is redelijk tevreden over de meldbereidheid. Over het algemeen is er een open cultuur, maar het varieert per onderwerp. Op de vraag hoe de meldcultuur kan worden verbeterd, wordt geantwoord dat dit het beste kan door decentralisatie van de meldingssystematiek. “Nu is er toch een beetje de mentaliteit: ‘het moet van het hoofdbureau’.” Een andere geïnterviewde geeft aan dat de bereidheid er is, maar het belang van melden niet wordt ingezien. Melders zien te weinig resultaat terug van wat er met een melding wordt gedaan. Terugkoppeling naar de melder is dan ook een aandachtspunt, wat beaamd wordt tijdens de expertbijeenkomst: “in het meldsysteem moet worden ingebouwd dat men wordt gehoord.”

3.3.5 Formulieren

Papier en digitaal

Een vraag in de quick scan was of het melden plaatsvindt door middel van papieren en/of digitale formulieren. Uit tabel 3.2 blijkt dat 76% van de instellingen gebruikt maakt van papieren formulieren, 61% maakt gebruik van digitale formulieren. Het aantal digitale formulieren is sterk in opkomst.

Tabel 3.2 Wat voor formulieren worden gebruikt?

	Ja (%)	SD
Papieren formulier	76	0,43
Digitaal formulier	61	0,49

(Bron Quick scan gehandicaptenzorg; n=46)

Digitaal melden: onmisbaar onderdeel van een systematische aanpak

Hoewel de meeste instellingen nog gebruik maken van papieren formulieren blijkt uit de interviews dat er behoefte is aan digitale meldsystemen. Digitaal melden biedt de mogelijkheid om verschillende informatiebronnen over incidenten te bundelen. “We willen ‘slimme formulieren’ en niet meer een apart formulier voor bedrijfsongevallen, agressie et cetera. Voor je het weet ben je de hele dag formulieren aan het invullen.” Een digitaal meldsysteem kan de mogelijkheid bieden gericht en efficiënter te melden. “Ideaal is dat de tweede vraag zich automatisch aanpast aan de eerste.” Digitaal melden biedt ook de mogelijkheid om meldingen te categoriseren, wat verdere afhandeling vergemakkelijkt.

Eén van de gehandicaptenzorginstellingen heeft een systeem ontwikkeld waarbij kan worden gemeld met voorgestructureerde digitale formulieren welke kleine tekstkaders bevatten. Meldingen worden vervolgens direct doorgestuurd naar de desbetreffende verantwoordelijke. Keuzemogelijkheden voor de registratie van een melding zijn afhankelijk van eerder gemaakte keuzes tijdens de registratie.

Pluspunten van digitaal melden zijn dat:

- een melding die zonder dat het meer tijd kost, toch meer informatie oplevert;
- de melder automatisch een ontvangstbevestiging krijgt;
- er de mogelijkheid bestaat voor de melder om de voortgang te volgen op een statuspagina waarmee conclusies en aanbevelingen worden teruggekoppeld;
- vergeleken met situaties waarin digitaal wordt geanalyseerd zonder dat digitaal wordt gemeld: papieren meldingen niet alsnog hoeven te worden ingevoerd in een database.

Afgeleid uit verzamelde formulieren

In totaal hebben 24 van de 50 aangeschreven gehandicaptenzorginstellingen een voorbeeldformulier teruggestuurd (respons: 48%). Uit deze formulieren blijkt dat gebruik wordt gemaakt van de volgende aan te kruisen antwoordcategorieën voor incidenten:

- grensoverschrijdend gedrag (verbaal geweld, schelden, bedreigen), vernieling/vervreemding van

- materialen, fysiek geweld, verbale seksuele intimidatie, fysieke seksuele intimidatie);
- medicatiefouten (verkeerd medicijn, verkeerde cliënt, verkeerde dosering, medicatie niet of te laat, voorschrijffout);
- overige (bijna) ongevallen (valincident, prikincident, vermissing bewoner/cliënt, stoten, knellen, botsen, inname gevaarlijke stoffen, verbranding, verdrinking, zelfmoord).

Deze categorieën zijn steeds voorzien van een open antwoordcategorie ‘anders’. Terugkijkend valt op dat de informatie sterk overeenkomt met de uitkomsten van de quick scan vragenlijst over de aard van het aantal gemelde incidenten.

Naast de categorieën bevatten de bestudeerde formulieren ruimte voor informatie over de aard van de schade, oorzaken, locatie, betrokkenen, reeds getroffen maatregelen en gewaarschuwde personen.

Gericht verbeteren

Eén van de geïnterviewden merkt op dat op directieniveau geen sprake is van een goed besef hoe meldingen gebruikt dienen te worden. “Meten en registreren is relevant, maar de actie daar gaat het om. Systemen kunnen veelal registreren en grafieken genereren, maar je kunt niet het vervolg managen.” Een geïnterviewde van een andere zorginstelling geeft aan dat de manager maandelijks een overzicht van de meldingen ontvangt. Het meldsysteem is gekoppeld aan het Business Intelligence systeem en genereert rapporten op maat. Er bestaat een indeling naar ernst en soort. “Bij een calamiteit treedt gelijk een hele carrousel in werking en bij opvallende zaken wordt sowieso actie ondernomen – afhankelijk van het geval zelf.” Ook worden de ingevoerde meldingen altijd gecontroleerd op fouten. “Het blijft mensenwerk.”

Een actiematrix wordt niet gehanteerd. “De manager wordt wel periodiek gevraagd naar welke maatregelen en oplossingen zijn gekozen.” Bij een andere gehandicaptenzorginstelling maakt men ook geen gebruik van een actiematrix, hoewel zich onder gebruikte criteria – naast intensiteit, duur en relevantie – ook frequentie en ernst bevinden. Naar aanleiding van medicatieproblemen – tweede in de lijst van veelvoorkomende problemen – is bijvoorbeeld besloten dit onderwerp organisatiebreed op te pakken met projecten en om deel te nemen aan het medicatieveiligheidsproject van Zorg voor Beter.

Behoeft tot bundeling van gegevensbronnen

Tijdens de interviews kwam een sterke behoefte tot bundeling van gegevensbronnen naar voren. “Incident meldingen zijn slechts één bron van signalen. Andere signalen zijn de klachten, interne audits en bijvoorbeeld IGZ-metingen. De bulk van de signalen moet in relatie tot elkaar worden gezien. Het is niet iets wat de directie expliciet stimuleert, maar zaken hangen samen.” En: “de verbetercyclus wordt op dit moment gevoed vanuit interne audits. Het streven is dat die tevens wordt gevuld met gegevens uit de agressieregistratie (SOAS-R), de klachtenregistratie, MIC (Meldingen Incidenten Cliënten) en FOBO (meldingen van Fouten, Ongevallen en Bijna-Ongevallen). Al deze zaken zijn formeel gelijkvorming.”

Samengevat: de mogelijkheid om het huidige systeem te voorzien van koppelingen naar dossiers en databases van andere reeds bestaande informatiebronnen, is een verbeterpunt voor de toekomst.

3.4 Actie naar aanleiding van gemelde incidenten

Er bestaat een breed gedeelde wens onder geïnterviewden en experts om daadwerkelijk iets te doen met gemelde incidenten. Er zijn vier soorten handelingen die FOBO of MIC-medewerkers kunnen nemen naar aanleiding van een melding:

- doorsturen naar een hoger niveau;
- behandeling/analyse;
- input voor verbeteracties;

- terugkoppeling naar de melder.

3.4.1 Doorsturen

Een eenduidige structuur voor het doorsturen van incidenten is nog niet ontwikkeld. Voor het doorsturen naar een hoger niveau geldt dat ernstige incidenten en veel voorkomende meldingen worden besproken in de centrale MIC-commissie. Een geïnterviewde van weer een andere zorginstelling geeft aan dat de manager maandelijks een overzicht van de meldingen ontvangt.

3.4.2 Behandeling/analyse

In de quick scan was de vraag opgenomen of meldingen worden geanalyseerd. Van de respondenten geeft 93% aan dat dit het geval is. Bij de overige 7% is dit in voorbereiding. De interviews bieden een aanvulling op deze cijfers. In één gehandicaptenzorginstelling worden meldingen gedeeltelijk geanalyseerd. Het vaststellen van trends gebeurt door de meldingsfunctionaris. De meldingsfunctionaris heeft een voorsorteerfunctie. Deze bestaat uit de vraag of iets BOPZ (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen) of bijvoorbeeld BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg) gerelateerd is. Het huidige systeem stelt bij één instelling in staat trends door de tijd heen te volgen. Dat kan voor agressiemeldingen ook via SOAS-R, wat onder verantwoordelijkheid van de ARBO valt.

Een nadeel is dat analyse doorgaans niet systematisch gebeurt. “We hanteren niet een systematische methode zoals PRISMA, waar we wel gecharmeerd van zijn. Momenteel hangt de input voor verbeteracties af van de deskundigheid van de meldingsfunctionaris en de goodwill van de manager.” Het vergt training, waarvan tijdens de expertbijeenkomst wordt vastgesteld dat niet iedereen dat hoeft te doen “je doet het bij een beperkt aantal incidenten.”

Uit de interviews volgt verder dat analysestappen momenteel niet altijd navolgbaar zijn en dat er veel op papier gebeurt. De analyse vindt met name plaats op basis van getallen en wordt gerapporteerd op basis van typen incidenten. Tijdens een ander interview komt naar voren dat de MIC-commissie ernstige incidenten en veelvoorkomende zaken bespreekt, trends signaleert en oorzakenbomen maakt. Bij weer een andere instelling wordt gewerkt met een standaard incident management systeem. Dit systeem bevat applicaties voor registratie en analyse gebaseerd op PRISMA en SIRE/SAFER.

3.4.3 Verbeteren

In de praktijk, zo blijkt uit de interviews, is er behoefte aan systematische oplossingen. Het doel hierbij is de beheersbaarheid te vergroten en preventieve oplossingen te bieden. Een geïnterviewde benadrukt dat een risicoanalyse de voornaamste bron zou moeten zijn voor de systematische aanpak van incidenten in plaats van ad hoc maatregelen naar aanleiding van één incident. De verbeteraanpak zou meer prospectief en proactief van aard moeten zijn. Dit is nu niet het geval.

In één gehandicaptenzorginstelling loopt een pilot waarbinnen iedere teamleider een lijst krijgt met verbeterpunten aan de hand van de meldingen. Ernstige meldingen worden in het teamleidersoverleg besproken. Officieel vindt dat eens in de drie maanden plaats. In de praktijk vindt er vrijwel maandelijks een teamleidersoverleg plaats.

3.4.4 Terugkoppelen

De quick scan vragenlijst leert dat 86% van de ondervraagden (n=43) aangeeft dat de melder op de hoogte wordt gehouden. Toch blijkt uit de interviews dit niet altijd het geval is. Melders zien te weinig resultaat terug van wat er met een melding wordt gedaan. Terugkoppeling naar de melder over de afhandeling van de melding is dan ook een aandachtspunt.

Bij een instelling wordt niet per incident teruggekoppeld maar op trendniveau. Daarnaast verwacht men, met de toenemende automatisering, dat het belang van terugkoppelen zal afnemen. “Men weet dat het aankomt.” Bij locatie overstijgende zaken worden melders en managers wel geïnformeerd. “Eigenlijk wil je dat de melder voortdurend op de hoogte wordt gehouden. Dat is je grootste wens.” Een andere geïnterviewde geeft ook aan dat er te weinig teruggekoppeld wordt naar de melder. Ook de cliënt is nog niet in het systeem opgenomen. Bij ernstige zaken loopt het informeren van belanghebbenden beter. Betrokkenen, inspectie en eventueel verwanten worden op de hoogte gebracht.

3.5 Melden en leren op verschillende niveaus

De quick scan respondenten (n=46) hebben aangegeven op welke niveaus wordt gemeld en aan wie. Niemand meldt op landelijk niveau. Slechts 4% geeft aan op regionaal niveau te melden. Als concrete voorbeelden worden genoemd regionale klachtencommissies en de IGZ. Bij de meeste gehandicaptenzorginstellingen kan centraal en decentraal worden gemeld.

Tabel 3.3 Op welke niveaus wordt gemeld een aan wie?

Niveau	Ja (%)	Aan wie?
Landelijk	0	n.v.t.
Regionaal	4	Regionale klachtencommissie van verschillende instellingen, inspectie
Centraal (instelling)	72	Centrale commissie MIC, FOBO en/of ARBO, multidisciplinair overleg, klachtencommissie medewerkers, beleidsmedewerker en/of directie, via schriftelijke of digitale formulieren/systemen.
Decentraal (afdeling, woning, team)	74	Men noemt leidinggevende/teamleider/afdelingshoofd/locatiehoofd en verwijst naar het invoeren in een systeem, het invullen van een formulier of bespreking in het clusteroverleg
Anders	11	Vertrouwenspersoon, ondernemingsraad

(Bron Quick scan gehandicaptenzorg; n=46)

Decentrale en centrale commissies

Uit tabel 3.3 blijkt dat het zwaartepunt van de meldingsactiviteiten zich bevindt op decentraal en centraal niveau. Een geïnterviewde geeft aan dat binnen de instelling op decentraal niveau de leidinggevende een incident moet oppikken. De FOBO-commissie ontvangt vervolgens een overzicht met algemene conclusies, maar deze blijken te globaal te zijn om aangrijpingspunten te bieden voor verbetering. In een ander interview werd opgemerkt dat men niet werkt met decentrale teams. De meldingssystematiek is centraal ingezet: “ik heb daar spijt van als haren op mijn hoofd”. Men is inmiddels al twee jaar bezig met decentraliseren. “Als je het centraal organiseert, dan is het erg moeilijk om terug te brengen daar waar het hoort, in de lijn.” De aanwezigen tijdens de expertbijeenkomst vinden dit eveneens wenselijk.

Regionaal of landelijk

Geïnterviewden zijn terughoudend als het gaat om landelijke registratie. Deze terughoudendheid zit hem met name in de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van gegevens. Geïnterviewden en experts pleiten voor een standaard taxonomie. De betekenis van begrippen verschilt nu per organisatie, afhankelijk van de visie van de organisatie. Hierbij wordt tevens opgemerkt dat een koppeling met zorgzwaarte noodzakelijk is om meldingen te vergelijken. De verwachting is dan ook dat het moeilijk blijft omdat het veelal gaat om gevoelige informatie. “Een heleboel meldingen zijn bovendien niet relevant voor anderen.” Daarnaast is het zaak ervoor te waken dat de instelling niet aan de schandpaal wordt genageld. “Je wilt vergelijken en leren, maar onze problematiek is zo specifiek. We hebben te

maken met een ingewikkelde cliëntengroep.” Op de vraag of een negatieve uitschieter bij benchmarking een signaalfunctie kan hebben, volgt tijdens de expertbijeenkomst het antwoord dat een dergelijk signaal direct zal worden gerelativeerd.

Naast de inhoudelijke discussie is er nog de vraag wanneer het haalbaar is. Een geïnterviewde gelooft niet dat het binnen vijf jaar kan. Een benchmark is interessant zodra deze op betrouwbare en vergelijkbare gegevens is gebaseerd. Een kritische conclusie uit de expertbijeenkomst is dat het niet mogelijk is om te sturen op gegevens over het aantal incidenten. “Boeiender is wat er gedaan is aan oplossingen.” De teneur is dat men graag van elkaar wil leren.

3.6 Juridische dimensie

Inzage in gegevens van incidentrapportages

Uit de interviews blijkt dat het per gehandicaptenzorginstelling wisselt wie de gegevens van de incidentenrapportage kan inzien. Een geïnterviewde geeft aan dat de meldfunctionaris en de meldcommissie inzage heeft in de gegevens. Bij een andere zorginstelling zijn dit de melder, diens leidinggevende, eventueel diens leidinggevende en een interne auditor. De gegevens zijn niet afgeschermd van directieleden, de FOBO-commissie en administratief medewerkers. Bij weer een andere instelling kunnen verwanten inzage krijgen in de meldingen over een cliënt, mits dit niet in strijd is met de WBP (Wet Bescherming Persoonsgegevens). Managers kunnen alleen ernstige meldingen inzien van incidenten binnen hun eigen sector.

Er zijn geen zorginstellingen die een bewaartermijn hanteren. Schriftelijke gegevens worden doorgaans gearchiveerd en digitale gegevens blijven in het systeem. Bij een zorginstelling verloopt de toegang tot het systeem, welke is voorbehouden aan zorgverleners, via een autorisatieschema. Een geïnterviewde geeft aan dat papieren formulieren deels digitaal geregistreerd worden en gerapporteerd op frequentie, datum, afdeling en type melding.

Gegevens in functioneringsgesprekken/dossiervorming

Gegevens van incidenten worden niet gebruikt voor functioneringsgesprekken, hoewel bij een zorginstelling wel de mogelijkheid bestaat. Leidinggevendenden maken soms deel uit van FOBO-commissies. Hierdoor hebben ze wel zicht op de meldingen van zorgverleners.

Melden over anderen?

Melden over anderen vindt niet zo vaak plaats. In tegenstelling tot de cure gaat het in de care om verpleegkundige handelingen rondom zelfzorg, mobiliteit, wonen en vrijetijdsbesteding in woningen. De aard van de werkzaamheden is dus geheel anders dan in de cure. Er is vrijwel geen sprake van levensbedreigende handelingen. Tot dusver hebben zich geen problemen voorgedaan met betrekking tot het melden over collega's.

Aantekening over melding in cliëntendossier

In de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) is de dossierplicht opgenomen, welke de verantwoordelijke zorgprofessional verplicht stelt informatie over incidenten, die voor een goede hulpverlening aan de cliënt noodzakelijk is, op te nemen in het cliëntendossier. Formulieren van ernstige meldingen worden bewaard in het cliëntendossier, hoewel de vraag, “worden er aantekeningen van meldingen opgenomen in het cliëntendossier?” erg ziekenhuisgericht is. Het medisch dossier is namelijk onderdeel van het cliëntendossier. Voor het cliëntendossier wordt een lange bewaartijd gehanteerd van 15 jaar na vertrek van de cliënt.

Anonimiteit en herleidbaarheid

Tijdens de interviews blijkt dat meldingen herleidbaar zijn. Voornemens om anoniem melden mogelijk te maken dan wel meldingen onherleidbaar op te slaan, worden niet ondersteund in één van de gehandicaptenzorginstellingen. Dit staat haaks op het 'blame free melden'. "Er is binnen het systeem zelfs de mogelijkheid een selectie te maken van meldingen per medewerker, hoewel dat niet door alle medewerkers wordt ondersteund." Een andere geïnterviewde geeft aan dat er wel de mogelijkheid is anoniem te melden, maar dat er door de medewerkers geen gebruik van wordt gemaakt. Gegevens worden hier herleidbaar opgeslagen. "We hebben alles nog van sinds we begonnen." In één gehandicaptenzorginstelling wordt wel anoniem gemeld. Deze worden meegenomen in de verdere afhandeling. In het FOBO reglement is vastgelegd dat gegevens drie tot vier jaar worden bewaard. In de praktijk wordt er niet altijd conform het reglement gewerkt.

Andere wetgeving

De meeste gezondheidsinstellingen vallen niet onder de Wet openbaarheid van bestuur (WOB). Echter, twee geïnterviewden gaven aan dat hun gehandicaptenzorginstelling WOB-plichtig is. Uitkomsten en eindoordelen van WOB-plichtige instellingen zijn openbaar. Niet uitgesloten is dat met een beroep op de WOB gegevens kunnen worden verkregen uit meldingssystemen van WOB-plichtige instellingen. Een geïnterviewde merkt op dat een juridische medewerker zich hiermee bezighoudt.

4. Conclusies

Deze rapportage is gewijd aan de mate waarin gehandicaptenzorginstellingen systematisch leren van incidenten tijdens de zorg, en de ingezette instrumenten om dit systematisch leren vorm te geven (LIZ activiteiten). Op basis van gegevens gepresenteerd in hoofdstuk drie kan worden geconcludeerd dat de gehandicaptenzorg actief bezig is met het ontwikkelen en verbeteren van (bestaande) LIZ activiteiten.

Melden is voor HKZ-gecertificeerde instellingen een beleidsdoel. Er is sprake van voldoende meldbereidheid bij zorgprofessionals, maar er is nog volop aandacht voor de verdere verbetering daarvan. Dit is te realiseren door informatie over de afhandeling van een melding terug te koppelen naar de melder, zodat de melder het resultaat van het melden ziet. Alles wat medewerkers van belang achten kan worden gemeld. Meldactiviteiten oriënteren zich vooral op decentraal en centraal niveau, waarbij een gepaste reactie naar de cliënt niet altijd vanzelfsprekend is.

Gehandicaptenzorginstellingen hebben ervaring opgedaan met het werken met decentrale en centrale commissies en het afhandelen en bespreken van meldingen. Een toenemend aantal instellingen is bezig met de ontwikkeling, dan wel aanschaf, van een geautomatiseerd geïntegreerd systeem waarin meerdere LIZ activiteiten zijn ondergebracht. Hierbij bestaat de behoefte om verschillende gegevensbronnen (klachten, FOBO en interne audits) te bundelen. Informatie kan dan in één systeem worden opgenomen. De mogelijkheid binnen het systeem om het vervolg van de verdere afhandeling te managen is wenselijk.

Een risicomatrix wordt nog nauwelijks ingezet ter prioritering van de afhandeling van incidenten of prioritering van verbeteracties. Daarnaast ontbreekt een systematische analyseaanpak. Het gebruik van retrospectieve oorzakenanalyse verkeert in een pril stadium en valt of staat met de deskundigheid van de meldfunctionaris of manager. Prospectieve risicoanalysemethoden worden niet gebruikt als bron voor een verbeteraanpak. Het proactieve karakter ontbreekt. Om te komen tot een proactief LIZ in plaats van een reactief LIZ is er een belangrijke rol weggelegd voor directie en management in het verschaffen van focus en faciliteiten.

Een aandachtspunt binnen gehandicaptenzorginstellingen is de juridische inbedding van LIZ. Momenteel wordt onvoldoende rekening gehouden met de juridische status van de meldingsregistratie waaronder: bewaartermijnen, privacy en afscherming. Dat is inherent aan het feit dat de ontwikkeling van registratie- en analysesystemen pas in de afgelopen jaren landelijk is gestimuleerd. Een paradoxale les is dat ernstige incidenten hebben bijgedragen aan het creëren van het benodigde momentum om LIZ activiteiten onder de aandacht van medewerkers en organisatieleiding te brengen.

Het succes van regionale of landelijke registraties, tot slot, hangt af van de mate waarin betrokkenen overtuigd zijn van de gepercipieerde meerwaarde daarvan. Bij nieuwe organisatieoverstijgende initiatieven is het vooral de uitdaging om de huidige terughoudendheid weg te nemen door de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de gegevens te vergroten. Hierbij dient ook een eenduidige taxonomie te worden ontwikkeld. Aangezien er altijd discussie zal blijven bestaan over de noemer en betekenis van cijfers, dienen ze met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

Afkortingen

ARBO:	Arbidsomstandigheden
BIG:	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
FOBO:	Fouten ongevallen en bijna ongelukken
HKZ:	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
IGZ:	Inspectie voor de Gezondheidszorg
LIZ:	Systematisch leren van incidenten in de zorg
MIC:	Melding Incident Cliënten
NIVEL:	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
PRISMA:	Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis
SOAS-R:	Staff Observation Agression Scale-Revised
VGN:	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
WBP:	Wet bescherming persoonsgegevens
WGBO:	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WOB	Wet openbaarheid van bestuur
ZonMw:	Nederlandse Organisatie voor Gezondheidsonderzoek en Zorginnovatie
ZN:	Zorgverzekeraars Nederland

Bronvermelding

Bruijne MC de, Zegers M, Hoonhout LHF, Wagner C. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen: dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004. Amsterdam/Utrecht: EMGO/NIVEL, 2007.

Veiligheidsagenda VGN 2008-2011, 2007.

Visiedocument. Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. VGN, Utrecht 2006.

Bijlage A: Quick scan stand van zaken registratie en analysesystemen zorgaanbieders

Beantwoording van onderstaande vragen neemt circa 10 minuten in beslag. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld.

1. Welk soort incidenten kan binnen uw instelling worden gemeld? **(meerdere antwoorden zijn mogelijk)**
- alles wat niet de bedoeling is in relatie tot de cliënt
 - onbedoelde gebeurtenissen met schade aan de cliënt
 - onbedoelde gebeurtenissen zonder schade aan de cliënt
 - anders, namelijk:

2. Waar kunnen medewerkers op dit moment incidenten melden? **(meerdere antwoorden zijn mogelijk)**
- landelijk, namelijk:
 - regionaal, namelijk:
 - instellingsniveau, namelijk:
 - afdelings-/unitniveau, namelijk:.....
 - anders, namelijk:
 - nergens **(u hoeft deze vragenlijst niet verder in te vullen en kunt hem terugsturen via de antwoordenvolp)**

3. Hoeveel meldingen zijn er (ongeveer/volgens uw jaarverslag) in uw instelling gemaakt in 2007?
.....

4. Wat was de aard van de meldingen? Kunt u globaal de top drie noemen?

1.

2.

3.

5. Hoe kunnen incidenten worden gemeld? **(meerdere antwoorden zijn mogelijk)**

- via een papieren meldformulier
- via een digitaal meldformulier
- anders, namelijk:

6. Wordt de melder op de hoogte gehouden van de afhandeling van diens melding?

- ja
- nee
- onbekend

7. Wat gebeurt er met een melding? Kunt u kort het proces binnen uw instelling beschrijven (of voeg een bestaande beschrijving toe)?

.....

.....

.....

.....

.....

8. Worden meldingen geanalyseerd?

- ja, kunt u de wijze van analyseren kort beschrijven (of voeg een bestaande beschrijving toe)?
- in voorbereiding
- nee, kunt u dit toelichten?

.....

.....

.....

.....

.....

Hartelijk dank voor uw medewerking

Bijlage B: Halfgestructureerde interviewleidraad experts

Toelichten LIZ project en doel interview

LIZ staat voor registratie en analysesystemen voor incidenten. Doel van het project is informatie te verzamelen over initiatieven in verschillende zorgsectoren. Die informatie wordt gebruikt voor de ontwikkeling van een breed toepasbare handreiking.

Via dit interview willen we meer inzicht krijgen in de manier waarop men in uw instelling omgaat met incidenten. De hoofdonderwerpen die aan bod komen zijn:

- incident melden binnen uw instelling;
- de eventueel daaropvolgende analyse en verbetermaatregelen;
- juridische aspecten van incident melden;
- wat u belangrijk vindt aan een registratie- en analysesysteem.

Omtrent het melden

1. Wat wordt in uw instelling verstaan onder veilig melden?
2. Welke ambities worden er binnen uw instelling op nagehouden ten aanzien van de omgang met incidenten?
 - is incident melden een expliciet beleidsdoel?
 - is melden vrijwillig of verplicht (bijvoorbeeld op grond van CAO)? Indien verplicht: hoe wordt dit a) gecommuniceerd naar medewerkers en b) gehandhaafd? Indien niet verplicht: vindt men dat het verplicht zou moeten zijn; waarom wel/niet?
 - wat wordt gemeld: alles wat niet de bedoeling is of onbedoelde gebeurtenissen met/zonder schade voor de cliënt?
3. Kunt u de meldbereidheid/meldcultuur van uw instelling beschrijven? Hoe kan deze worden verbeterd?
4. Wat voor aanpak hanteert uw organisatie om incidenten in kaart te brengen?
 - decentrale of centrale teams?
 - digitale en/of papieren formulieren?
 - wijze van ondersteuning (helpdesk, ICT)?

Analyse en kwaliteitsverbetering

5. Wat gebeurt er vervolgens met meldingen?
 - a. Wat en hoe worden deze geanalyseerd, bestaat daar een systematiek voor (bijvoorbeeld: meldweken of een thematische insteek)?
 - b. Waaruit bestaat uw infrastructuur om vanuit de analyse tot verbetermaatregelen te komen?
 - schifting: criteria voor het stellen van prioriteiten?
 - actiematrix: vertalen prioriteit naar verbetermaatregel?
 - c. Wat zijn voor- en nadelen van de onder 5a en 5b genoemde benaderingen?
 - d. Is het gebruikelijk om belanghebbenden te informeren over wat met de melding gebeurt?

De juridische dimensie

6. a. Wie hebben inzage in de gegevens van incidentrapportages en wat wordt met deze gegevens gedaan?

- b. Kunnen gegevens worden gebruikt voor functioneringsgesprekken of het opbouwen van een personeelsdossier t.a.v. disfunctioneren?
- c. Hoe 'veilig' is het melden van incidenten? Wordt anoniem of herleidbaar gemeld? Indien herleidbaar: worden gegevens geanonimiseerd en/of vernietigd? Welke beleid geldt hiervoor?
- d. Hebben leidinggevenden in de eventuele centrale commissie of decentrale teams?
- e. Is de instelling WOB-plichtig? Zo ja, hoe gaat de instelling hiermee om t.a.v. meldgegevens?
- f. Mag men melden over collega's of alleen over eigen meldingen?
- g. Wordt in medische dossiers een aantekening gemaakt van het MIP-pen/MIC-en? Heeft de Raad van Bestuur hierover beleid geformuleerd?

Uw voorkeuren

- 7. Wat verwacht u van een landelijke of regionale registratie? Onder welke voorwaarden zou u daaraan meedoen?
- 8. Tot slot, wat wilt u graag terugzien in een registratie- en analysesysteem? Zijn er nog specifieke zaken waar u behoefte aan hebt? Zijn er tips die u op basis van uw ervaringen aan anderen zou willen meegeven?

Afronding

Hartelijk dank voor de deelname aan dit interview. Van dit gesprek wordt een verslag gemaakt. Wij zullen u dit over enige tijd toezenden met het verzoek de inhoud te verifiëren en eventueel te corrigeren mocht er sprake zijn van onjuistheden of onvolledigheid.

Bijlage C: Programma expertbijeenkomst

Registratie- en analysesystemen voor incidenten binnen zorginstellingen: Een expertbijeenkomst t.b.v. de ontwikkeling van een LIZ handreiking

Datum: 2 oktober 2008

Tijd: 10:00-12:00 uur

Locatie: NIVEL, Otterstraat 118-124, Utrecht

Ruimte: 1.02

Tijdstip

14:00 Welkom en voorstelronde

14:10 Presentatie over het LIZ project door Cordula Wagner

14:25 Presentatie over de stand van zaken van de handreiking gehandicaptenzorg in wording door Michel Dücker:
- kenmerken van de hoofdonderdelen van de handreiking;
- voorlopig antwoord op onderzoeksvragen.

14:45 Discussie aan de hand van vooraf verstrekte vragen

16:00 Einde van de expertbijeenkomst