

## **Eindverslag DOH project Veilig Incidenten Melden (VIM).**



Yvonne van Oosterhout, projectleider, adviseur Fast en projectleider Zorg voor Veilig.

Jan Meulenberg, huisarts De Pastorie, DOH aandachtshuisarts VIM

Maarten Klomp, huisarts, medisch directeur De Ondernemende Huisarts

## **Inhoudsopgave.**

1. Inleiding
2. Opzet project
3. Resultaten.
4. Evaluatie door de praktijken
  - 4.1. Cultuur
  - 4.2. Scholing en praktijkbezoeken
  - 4.3. Samenstelling van de commissie
  - 4.4. Procedure
  - 4.5. Meldweken
  - 4.6. Blijvende aandacht
5. Conclusies en hoe nu verder?
6. Bijlagen
  - 6.1. DOH meldprocedure
  - 6.2. Meldformulier

## **1. Inleiding.**

Veilig Incidenten Melden is bedoeld om het bewustzijn van professionals rond patiëntveiligheid te vergroten en de kwaliteit in de praktijken te verbeteren.

*De Ondernemende Huisarts (DOH)* bestaat uit 14 grote huisartsenpraktijken cq gezondheidscentra in en rond Eindhoven met ruim 100.000 patiënten. Er werken 66 huisartsen en 50 praktijkondersteuners. DOH organiseert voor haar huisartspraktijken en hun ketenpartners ketenzorgprogramma's (vier lopende DBC's) en zorgvernieuwingsexperimenten. [www.deondernemendehuisarts.nl](http://www.deondernemendehuisarts.nl)

*Stichting Robuust, locatie Fast* is de regionale ondersteuningsstructuur (ros) van (onder meer) Zuid Oost Brabant en maakt samen met Beyaert, Rose-Phoenix en Zee-bra deel uit van Robuust.

Fast stimuleert integratie en samenwerking binnen de eerstelijnszorg. Zij biedt daartoe advies en ondersteuning aan de eerstelijnsprofessionals. [www.fasteerstelijns.nl](http://www.fasteerstelijns.nl)

*Het project Zorg voor Veilig* is gestart om de patiëntveiligheid in de eerstelijnszorg te vergroten. Dat gebeurt aan de hand van een enkele geselecteerde patiëntveiligheidsthema's, te weten Veilig Incident Melden (VIM) en de aanpak van eerstelijns isicogebieden. Er wordt werkmateriaal ontwikkeld en er worden aanjaagprojecten gedaan. Doel daarvan is goede voorbeelden te ontwikkelen, waarmee ook andere partijen aan de slag kunnen gaan. [www.zorgvoorveilig.nl](http://www.zorgvoorveilig.nl)

In 2010 startten 11 van de 13 praktijken van zorggroep De Ondernemende Huisarts (DOH) met Veilig Incidenten Melden (VIM). Al deze DOH praktijken zijn NHG geaccrediteerd en worden in dit kader geacht in 2011 VIM in te voeren. DOH ondersteunt haar praktijken steeds zo goed mogelijk bij hun verbeterplannen. Zo ook hier bij het invoeren van VIM.

Invoering van VIM bij een hele zorggroep is daarnaast één van de aanjaagprojecten binnen het landelijke patiëntveiligheidsprogramma Zorg voor Veilig ([www.zorgvoorveilig.nl](http://www.zorgvoorveilig.nl)). Doel van het aanjaagproject was om de VIM module voor samenwerkingsverbanden van Zorg voor Veilig te evalueren op bruikbaarheid. Bij de invoering van VIM is DOH ondersteund door een projectleider afkomstig van Fast (de regionale ondersteuningsstructuur).

In april 2011 is het project geëvalueerd. Dit verslag beschrijft de resultaten en werpt een blik op de toekomst. Ook bevat het verslag tips voor andere zorgverleners die gaan starten met VIM.

## 2. Opzet project

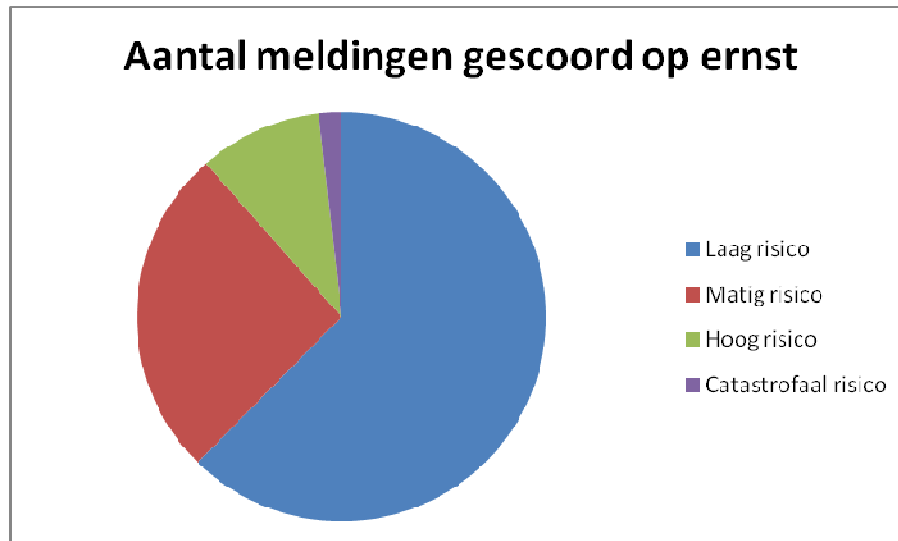
Het project kende een voorbereidings- en een uitvoeringsfase. De verschillende stappen worden hieronder beschreven.

- Er is een projectplan opgesteld (januari- april 2010).
- Er is een verbeterplan gemaakt voor de NHG praktijkaccreditatie (januari 2010).
- Er is voor gekozen om de NHG formulieren te gebruiken, het meldformulier en het Excel bestand voor de registratie van meldingen (maart 2010).
- Er is een eigen DOH meldprocedure ontwikkeld (maart- april 2010)
- Er is een eerste algemene scholing georganiseerd over VIM; over wat te melden, hoe en door wie met daarin aandacht voor de cultuuraspecten bij VIM (april 2010).
- Er is een tweede scholing georganiseerd voor de VIM teams over het analyseren van incidenten. Daarin is ook stil gestaan bij de scope meting. (juni 2010)
- Zeven praktijken hebben een scope meting gedaan om de veiligheidscultuur in de praktijk te meten.
- Daarna is het melden daadwerkelijk van start gegaan (juli 2010)
- De geschoolde commissieleden hebben VIM in hun praktijken geïntroduceerd (juni 2010)
- Er zijn twee keer twee meldweken gehouden (juni-juli en september-oktober 2010)
- Ook tussentijds bestaat in alle praktijken de mogelijkheid te blijven melden.
- De projectleider heeft de VIM commissies van alle deelnemende huisartsenpraktijken twee keer bezocht. (juli-augustus 2010 en oktober-november 2010)
- Alle praktijkmedewerkers werden uitgenodigd op een speciaal voor DOH praktijken gehouden theatervoorstelling 'Oog in oog', die gaat over veiligheid in de praktijk (maart 2011)
- Het project is geëvalueerd (april 2011)
- Resultaten van de evaluatie besproken met deelnemende praktijken en gezamenlijk met casuïstiek geoefend en vervolgspraken gemaakt (juli 2011).

## 3. Resultaten

In de negen maanden dat het project heeft gelopen hebben de 11 praktijken samen 287 meldingen gedaan. Dat is gemiddeld 2,9 meldingen per praktijk per maand. Het risico van de meldingen is uitgezet op de SAC matrix (waarin ernst en frequentie tegen elkaar uitgezet zijn). Er zijn uiteindelijk 226 meldingen gescoord op ernst, dat leverde 141 keer (62%) een laag risico op, 59 keer (26%) een matig risico, 22 keer (10%) een hoog risico en 4 keer (2%) een catastrofaal risico op. Bij nadere bestudering van de catastrofale meldingen blijken er twee betrekking te hebben op het niet uitschrijven van overleden

patiënten. Dat is heel vervelend, maar volgens de officiële criteria niet catastrofaal. Uiteindelijk bleek dus 1% van de meldingen catastrofaal.



De verschillen tussen de praktijken zijn erg groot. Er zijn praktijken met vier of zes meldingen in 9 maanden en er is ook een praktijk met 75 meldingen in 16 maanden. In de overige praktijken ligt het aantal tussen 11 en 49 meldingen. Het aantal huisartsen dat werkt in een praktijk lijkt hierin niet bepalend.

Een groot deel van de meldingen blijkt te zijn gedaan door doktersassistenten. Dat lijkt ook logisch gezien hun centrale positie in de praktijk. Zij zijn voor velen het aanspreekpunt en hebben goed zicht op de gang van zaken in de praktijk. Wat opvalt is dat er weinig meldingen waren van praktijkondersteuners en verpleegkundig specialisten. Mogelijk komt dat deels omdat zij niet steeds aanwezig waren op het overleg waarop de VIM onder de aandacht werd gebracht.

Ook de onderwerpen van de meldingen zijn geïnventariseerd. Vaak genoemde thema's zijn: herhaalreceptuur, communicatie, procedure rondom onderzoek op urineweginfecties, registratie in HIS (verkeerde dossier, verhuizingen en overlijden), verwisseling van medicijnen en de logistiek (visite, wachtkamer). Thema's die het vaakst terugkomen zullen binnen de zorggroep worden gedeeld, met de vraag er speciaal aandacht aan te besteden.

### ***Voorbeeld casus voor in een kadertje.***

*Een "bijna-incident": een bijna vergeten visite.*

*Huisarts heeft een huisbezoek afgelegd bij een patiënt, plant een controle visite en noteert deze in de visiteagenda voor over 6 weken op maandag. In de memoregel staat: "deze week controle visite". Tot nu toe duidelijk en herkenbaar.*

*We maken een sprong in de tijd en zijn op de bewuste datum aangekomen.*

*Op deze maandag wordt er een visite aangevraagd, omdat er klachten zijn ontstaan. Betreffende huisarts had 's morgens die (geplande) visite al gezien en in het achterhoofd gehouden: "daar moet ik deze week nog langs gaan"! Het telefoontje dat informatie gaf over nieuwe ontstane klachten kwam pas in de loop van de morgen en zoals gebruikelijk werden de "nieuwe" klachten toegevoegd in de memo-regel.*

*Op dit moment werd het "bijna-incident" bijna een "incident"! Gelukkig keek de huisarts aan het eind van de dag nog eens op de uitdraai en zag de toegevoegde informatie op de uitdraai staan en heeft de visite alsnog gereden.*

*Analyse:*

*Deze situatie –waarschijnlijk herkenbaar of minimaal invoelbaar- laat zich goed als voorbeeld nemen om de tijdslijn van begin tot eind eens goed onder de loep te nemen en alle momenten die van invloed zijn en personen die een rol spelen, na te lopen. Vragen die je hier kunt stellen:*

*-wie bepaalt de (herhaal) visite? (dokter of patiënt: neemt patiënt zelf contact op voor de herhaalvisite?)*

*-wie noteert? Wanneer? Waar? Hoe? (Het zijn allemaal zeer vanzelfsprekende vragen, maar door het feit dat het in de onderhavige situatie bijna fout ging heel nuttig om de routine gang-van-zaken weer eens te bekijken!).*

*Bij onze analyse bleek dat twee "systemen" naast elkaar functioneerden: het noteren van huisbezoeken, die "gewoon" aangevraagd worden door de patiënten die opbellen naar de praktijk en door de assistentes in de agenda's worden geplaatst, naast de situatie waarin dokters zelf een controle huisbezoek planden. Om situaties te voorkomen zoals boven beschreven zijn in onze situatie de volgende veranderingen doorgevoerd:*

*- bij (door huisarts) geplande visites (sociale visites, controles) duidelijk kenbaar maken aan betreffende huisarts wanneer de aard van de visite is veranderd: met andere woorden als er (nieuwe) klachten zijn ontstaan, de huisarts persoonlijk aanspreken of duidelijk in de agenda laten zien.*

*- de huisarts gaat duidelijker aangeven op welk moment een (herhaal-)visite gepland is. Bijvoorbeeld door bij het vooruitplannen de datum toe te voegen waarop de laatste visite gereden is. Op deze manier is het duidelijker voor de assistente om in een situatie als deze attent te zijn en de betreffende arts te waarschuwen.*

#### **4. Evaluatie door de praktijken**

#### *4.1. Cultuur.*

Vrijwel alle praktijken noemden de volgende positieve punten van VIM als opbrengst van het project:

- "Er is een betere sfeer ontstaan, we voelen ons vrij om te melden"
- "Je gaat 'fouten' analyseren waardoor je tot oplossingen komt ter voorkoming van herhaling van die fout. Terwijl je vroeger eerder de fout als eenmalig bestempelde en er verder niets mee zou doen."
- "Het openlijk bespreken in een algemeenheid van zaken die spelen maakt mensen alerter op waar ze mee bezig zijn en wat risico's kunnen zijn. Stimuleert alertheid, naar eigen handelen en dat van de ander."

Een NHG accreditatierapport vermeldt:

"Bij aanvang van het project waren sommige medewerkers sceptisch over het melden. Nu voelt iedereen zich veilig om te melden."

De scope meting is door 5 van de 7 praktijken die hem gedaan hebben als zinvol bestempeld. De meldingsbereidheid nam daardoor soms toe. Twee praktijken gaan de meting nog een keer herhalen. Tip is om de meting te doen vooraf aan de start van VIM.

Vier praktijken geven aan dat de meldingsbereidheid in hun praktijk nog groter moet worden. Eén praktijk geeft aan moeite te hebben om de procedure Veilig te krijgen, in een klein samenwerkingsverband, omdat dan duidelijk is wie de melder is. Andere praktijken herkennen dit, maar hebben het punt bereikt waarop collega's zien dat het fouten zijn die een ieder kan overkomen. Zoals in de theorie genoemd: procesfouten en geen persoonlijke fouten. "Als het jou niet gebeurd was, was het mij wel (een keer) overkomen".

#### *4.2. Scholing en praktijkbezoeken*

Praktijken waren tevreden over de scholingen die georganiseerd zijn voor de commissieleden. Eén praktijk geeft aan dat er meer aandacht in de scholing mag zijn voor de impact die VIM heeft op de onderlinge relatie in de praktijk en een andere praktijk geeft aan graag te willen oefenen met eigen casuïstiek. Ook de praktijkbezoeken door de projectleider zijn positief beoordeeld. Deze bezoeken werden met name gebruikt voor het bespreken van casuïstiek, de rol van de commissie, de wijze van analyseren, het bespreken van de gewenste interventies en de cultuur in de praktijk. In een praktijk is een extra bijeenkomst met het hele team, omdat melden hier onveiligheid opriep. Deze bijeenkomst haalde 'de kou uit de lucht'. Alle praktijken geven aan voldoende toegerust te zijn om meldingen te analyseren en bespreken en geven aan dat VIM is ingebed in hun organisatie.

#### *4.3. Samenstelling van de commissie.*

De samenstelling van de commissie is overal naar tevredenheid en wisselt per praktijk. Op één praktijk na, waar de POH langere tijd afwezig was i.v.m. zwangerschapsverlof, bestaan alle commissies uit tenminste twee en soms drie personen. Aangegeven wordt dat het goed is langdurige afwezigheid op te vangen door vervanging. Een praktijk heeft in het begin veel zaken met de hele groep geanalyseerd en besproken om zo draagvlak te creëren. Na een half jaar zijn zij zaken gaan voorbereiden met de commissie.

In alle commissies zit een huisarts, daarnaast zijn een POH en/of assistente lid van de commissie. In één praktijk is een apotheker lid van de commissie. In één praktijk mochten collega's iemand verkiezen uit de eigen beroepsgroep als VIM commissie lid, dit is een praktijk met veel meldingen.

#### *4.4. Procedure.*

Alle praktijken hebben de procedure en het formulier in gebruik genomen zoals voorgesteld. Deze werden in het algemeen positief beoordeeld. Enkele kleine suggesties voor aanpassingen zijn doorspeeld aan het NHG.

In een praktijk vindt niet altijd terugkoppeling naar de melder plaats, in twee andere praktijken is de frequentie van bijeenkomsten van de commissie niet vastgesteld, in één praktijk zijn verantwoordelijkheden en werkwijze niet vastgelegd. In enkele praktijken wordt aangegeven dat de evaluatiemomenten niet zijn vastgesteld. Ook zijn er niet overal vaste overlegmomenten van de commissie, hierdoor komt de commissievergadering soms te vervallen en komt de continuïteit in het gedrang of vindt het overleg plaats buiten werktijd. Twee praktijken geven aan niet voldoende tijd vrij te kunnen maken, overige praktijken zeggen als het nodig is extra tijd vrij te maken voor VIM. Twee praktijken geven wel aan dat het 'weer iets erbij is', maar slechts één praktijk geeft aan dat de investering nog niet opweegt tegen de opbrengsten, de overige praktijken vinden dat hier (soms na de opstartperiode) wel sprake van is.

In de meeste praktijken is de afspraak gemaakt dat alleen gemeld mag worden als betrokkenen er weet van hebben.

#### *4.5. Meldweken.*

Praktijken vinden de meldweken een goede manier om de aandacht voor VIM te vergroten. Maar liefst 10 van de 11 praktijken zijn van plan om ook in 2011 meldweken te houden, met wat variaties: twee, drie of vier keer per jaar een week. Eén praktijk geeft nadrukkelijk aan niet meer met meldweken te willen werken, omdat zij dit gekunsteld vinden en dat het hen onrust oplevert. Eén van de praktijken stelt voor om een minimaal aantal meldingen in een periode per

medewerker af te spreken.

#### *4.6. Blijvende aandacht.*

Praktijken vinden het van groot belang om VIM aandacht te blijven geven, omdat de aandacht ervoor anders makkelijk weer terugloopt. Verschillende praktijken hebben het als vast punt op het praktijkoverleg staan en koppelen daar ook de bevindingen van de commissie terug. Commissieleden moeten het onder de aandacht blijven brengen en collega's blijven oproepen om zaken te melden. Hiervoor wordt door sommigen ook ondersteuning van DOH gevraagd. Dat kan door er aandacht aan te blijven geven, er de praktijk op te blijven wijzen, centrale meldweken, een jaarlijkse evaluatie of regelmatige bijeenkomsten om te oefenen met het analyseren van casuïstiek.

In één praktijk wordt een VIM nieuwsbrief uitgegeven, zodat collega's geïnformeerd worden en niet alles in het praktijkoverleg besproken hoeft te worden. Praktijken geven aan dat ze nog niet weten of verbeteracties genomen op basis van meldingen ook echt werken.

### **5. Conclusies en hoe nu verder?**

Alle DOH praktijken gaan verder met de VIM, de commissie, het stimuleren van meldingen, het analyseren van (bijna) incidenten en doorvoeren van verbeteringen. Twee praktijken van DOH die niet hebben deelgenomen aan het project zijn na afloop van het project alsnog gestart met VIM.

DOH wil graag een rol blijven spelen bij het ondersteunen van de VIM commissies in de praktijken. Daartoe zal DOH twee keer per jaar een meldweek afkondigen. Het staat praktijken uiteraard vrij om meer meldweken te houden en continu te melden. Praktijken zullen daarnaast jaarlijks een overzicht aanleveren van de in de praktijk gedane VIM meldingen. Een totaal overzicht kan DOH publiceren in haar jaarverslag. Daarnaast kunnen meerdere meldingen over hetzelfde thema aanleiding zijn voor een DOH breed verbeterpunt. Verder wordt er voortaan jaarlijks een bijeenkomst gehouden voor de leden van de commissies. Daarin kunnen zij ervaringen uitwisselen en elkaar stimuleren, zodat de aandacht voor de VIM niet verslapt. Tenslotte zal via het DOHnet en de nieuwsbrieven door het jaar heen aandacht worden besteed aan VIM.

Een belangrijk punt van aandacht blijft dat de commissies voldoende tijd vrijmaken voor het (voorbereiden van) VIM overleg, het tijdig plannen en het goed terugkoppelen naar de collega's.

In de DOH praktijken wordt nu nog enkel schriftelijk gemeld. Landelijk wordt er gewerkt aan een digitaal meldsysteem. Daarmee kunnen de meldingen in het systeem bewaard worden, kan een melding altijd en overal gedaan worden en

kunnen er evt. ook (geanonimiseerd) op DOH niveau of landelijk analyses op gedaan worden.

Het is van belang om de verbeteracties die voortvloeien uit het bespreken van de meldingen niet te vrijblijvend maar juist zo concreet mogelijk en SMART te formuleren. Daarmee zijn er meer garanties dat de geplande verbeteringen ook daadwerkelijk worden uitgevoerd. Commissies gaan in de procedure een evaluatie inbouwen van eerder ingevoerde verbeteracties, zodat nagegaan wordt of de verbeteracties nut hebben. De praktijken gaan hiermee komend jaar aan de slag.

## **6. Bijlagen**

### **6.1. DOH Procedure Veilig Incident Melden .**

Versie september 2010

#### **Doelstelling**

Het leveren van een bijdrage aan kwaliteitsverbetering en daarmee aan de patiëntveiligheid:

- op grond van binnengekomen meldingen
- in de vorm van adviezen ter verbetering van de praktijkvoering.

De VIM-commissie probeert aan de hand van de incidentmeldingen te ontdekken wat nodig is om te voorkomen dat de gemelde gebeurtenissen of situaties zich in de toekomst opnieuw kunnen voordoen. De voorgestelde maatregelen richten zich op preventie.

De VIM-procedure heeft nadrukkelijk niet tot doel schuldigen aan te wijzen. Het woord veilig in Veilig Incident Melden heeft betrekking op de melder. We benaderen de incidenten niet persoonsgebonden maar systeemgebonden, waardoor medewerkers veilig kunnen leren en dat melden dus niet gepaard gaat met individuele maatregelen.

#### **Meldingscriterium**

Voor de melding bij de VIM-commissie komt in aanmerking elke gebeurtenis - al dan niet veroorzaakt door menselijk handelen of nalaten - bij onderzoek, behandeling of verzorging van een patiënt, die tot een schadelijk gevolg voor deze patiënt heeft geleid of had kunnen leiden.

Daarnaast dient een calamiteit gemeld te worden bij de praktijkhoudende huisarts, omdat deze gemeld moet worden bij de inspectie voor de volksgezondheid.

#### **Taakomschrijving VIM-commissie**

1. Voorlichten  
De commissie heeft een taak in het geven van voorlichting over patiëntveiligheid en de rol van de VIM daarin.  
De commissie informeert de werknemers over de meldingsprocedure, het nut van melden en het meldformulier.
2. Melden stimuleren

De commissie stimuleert dat er incidenten worden gemeld en waakt ervoor dat er een veilige en vertrouwde omgeving is om te melden. Deze veiligheid wordt bij de start van het project gemeten en dat kan na een bepaalde tijd herhaald worden.

3. Behandelen van incidentmeldingen  
De commissie bespreekt de meldingen en bepaalt op basis van analyse welke verbeteracties wenselijk zijn, deze acties worden door de commissie besproken met de manager/in gang gezet en zij houden ook in de gaten of de acties tot verbeteringen leiden. Meer informatie over de werkwijze van de commissie is te vinden bij het kopje werkwijze commissie.
4. Rapporteren  
De verslagen van de VIM-commissie worden ter beschikking gesteld aan de medewerkers van de praktijk.  
Daarnaast kunnen praktijken opmerkzaam worden gemaakt op preventieve maatregelen die genomen kunnen worden naar aanleiding van een incident bij een andere praktijk binnen DOH.

De VIM-commissie maakt een kort jaarverslag. Uit de jaarverslagen van de praktijken kan een VIM jaarverslag voor DOH opgesteld worden.

### **Werkwijze VIM-commissie**

#### ***- Voorafgaand aan vergadering***

1. De coördinator van de VIM-commissie kijkt (minimaal) wekelijks of er meldingen zijn en bepaalt op basis daarvan of direct actie moet worden ondernomen, bijv. bij calamiteiten (zie afspraken).
2. De coördinator beoordeelt of het meldingsformulier voldoende informatie bevat om een goed beeld van de situatie te vormen. Als dat niet zo is informeert hij/zij (of een van de andere commissieleden) bij de melder.
3. De coördinator gaat na of de melding wel bij de VIM-commissie thuishoort (zie meldingscriterium) en bijv. niet bij de klachtencommissie.
4. De coördinator verdeelt de meldingen over de commissieleden om:
  - o de melder te bedanken voor de melding
  - o evt. extra informatie in te winnen bij de melder
  - o evt. de plaats van het incident of materiaal of apparatuur te bekijken.
5. Het betreffende commissielid bakent de melding af, om aan te geven op welk deel van de melding gericht wordt (richt je altijd op delen van de melding waar je als praktijk invloed op hebt).
6. Commissielid of coördinator voert de melding in op de actielijst
7. De coördinator agendeert de melding voor bespreking.
8. Het commissielid die de melding voorbereidt gaat na of het incident zich eerder heeft voorgedaan en of toen verbeteracties zijn uitgezet. En verzekert zich ervan dat het echt om hetzelfde gaat. Nagegaan wordt of de verbeteractie die toen uitgezet is wel de goede was/wel goed geïmplementeerd is.

#### ***- Tijdens vergadering of na voorbereiding (punt 9 en 10) bespreken in vergadering***

9. De commissie schat de ernst van een incident in op basis van de SAC matrix, zie bijlage 3. Bij een score van 3 of meer wordt verdere analyse aanbevolen. Bij een score van 1 of 2 is het aan de commissie om te beoordelen of analyse van dit individuele incident wel nuttig en daarmee nodig is. Als de commissie besluit dat dit

niet nuttig is kan ervoor gekozen worden meer incidenten met betrekking tot een thema te verzamelen en dan analyse te doen. Het is handig deze incidenten te markeren en evt. collega's te vragen meer meldingen over dit onderwerp te doen.

10. De commissie analyseert de melding

- Gaat na wat gebeurde, door wie, wanneer, hoe en waar?
- Haalt niet alleen informatie bij melder maar evt. ook bij andere betrokkenen
- Nodigt evt. de melder uit voor de vergadering/bij de analyse.
- Kiest instrument voor analyse:

11. Keuze instrument.

*Als tijd een rol speelt*, als sprake is van een aaneenschakeling van factoren:

- Gebruikt **tijdslijn**: waarin gebeurtenissen die met incident samenhangen in tijd uitgezet worden, evt. worden ook betrokken personen in het overzicht gezet. Zo wordt vanaf melding terug in de tijd gegaan of wordt vanaf eerste punt dat bijdraagt aan incident vooruit gedacht tot het incident zich voordoet.
- **Veranderingsanalyse** kan volgen op tijdslijn, hierbij wordt de procedure die gevolgd is (in het proces wat tot melding leidt) afgezet tegen de normale (afgesproken) procedure en wordt gekeken waar de verschillen zitten.
- Vervolgens worden '**waarom**' vragen gesteld, met name met als doel te achterhalen waarom van het normale werd afgeweken.

*Als tijd geen factor van belang is*, dan maakt de commissie gebruik van:

- **Visgraatdiagram**, om te proberen te achterhalen welke factoren invloed hadden op het proces en deze te clusteren in relevante categorieën (bijv: mensen, middelen, materialen, machines, communicatie, werkomstandigheden, taak, opleiding en training, management, patiëntgebonden).
- Vervolg evt. met '**waarom**' vragen, met name met als doel te achterhalen waarom van het normale werd afgeweken. .
- Ga na of bestaande **barrières** (veiligheidsmaatregelen) effectief zijn geweest (**barrière analyse**) en vervolg evt. met '**waarom**' vragen, zie stap hierboven of met brainstorm.

12. Oplossingen formuleren

- De commissie gaat op basis van de analyse na waar verbetering nodig/wenselijk is en op die punten worden verbetervoorstellen geformuleerd, evt. kijkend naar andere praktijken/goede voorbeelden elders/websites over patiëntveiligheid enz.
- De commissie adviseert de leidinggevende en indien nodig de betrokken professionals over het nemen van preventieve maatregelen.
- De commissie de melder over de genomen actie naar aanleiding van de melding.
- Per incident beoordeelt de commissie of ook de patiënt nog extra moet worden geïnformeerd over de genomen maatregelen, dit gebeurt in principe door de eigen zorgverlener.
- De commissie kan tevens besluiten DOH te informeren om soortgelijke incidenten in andere praktijken te voorkomen.

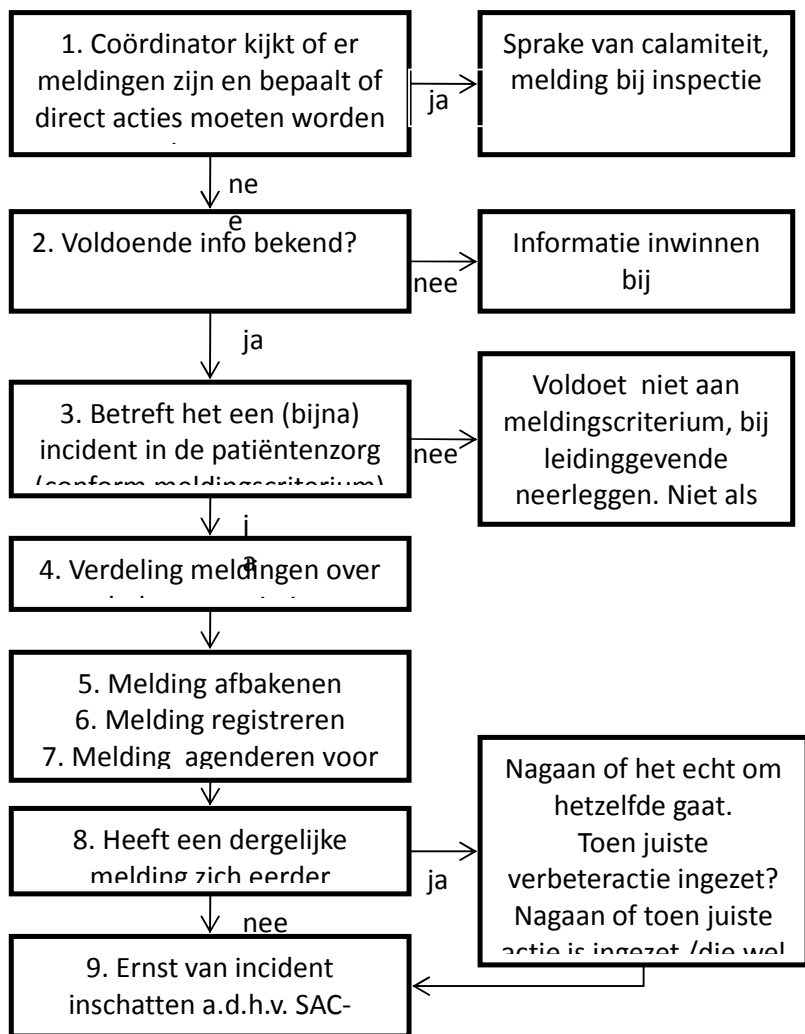
13. De melding wordt indien nodig nog beter geregistreerd en verbeteracties worden opgenomen in overzicht.

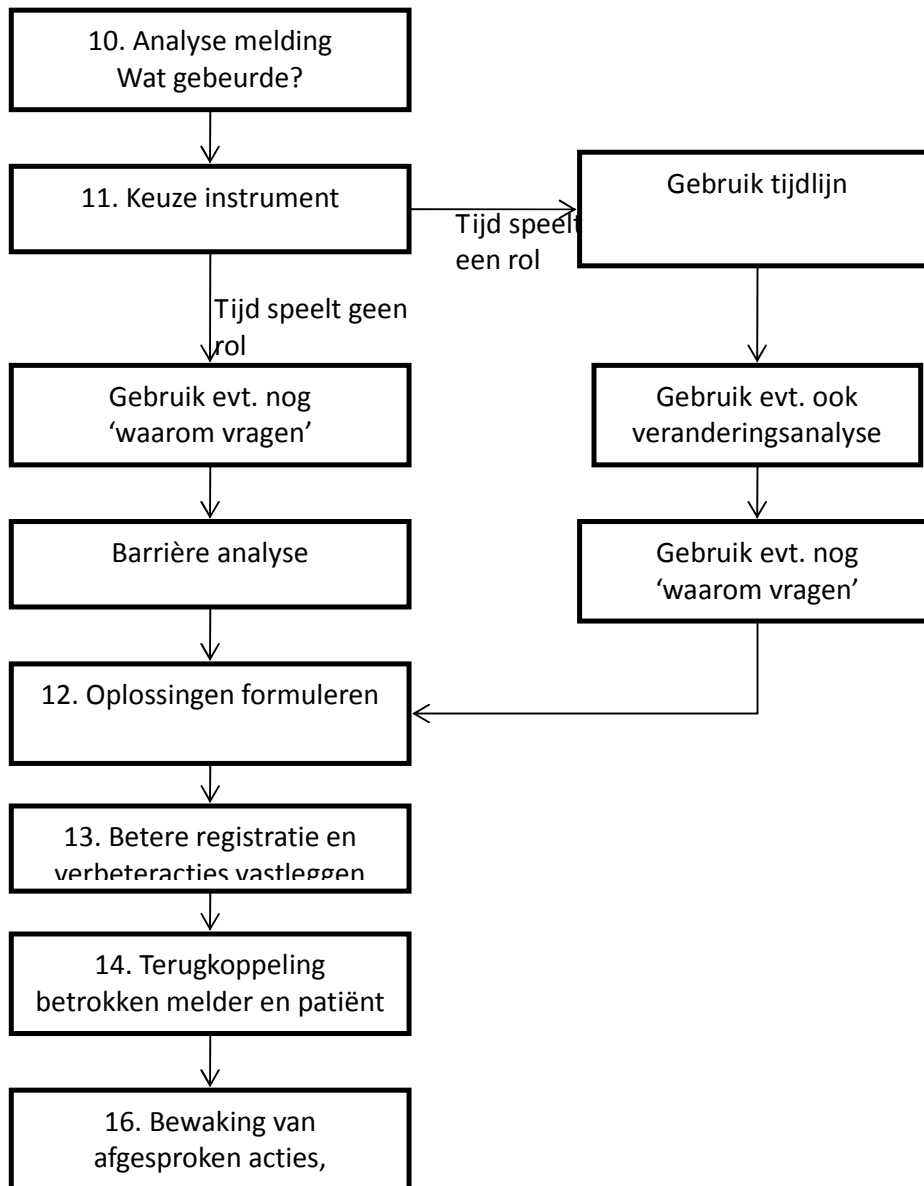
14. Terugkoppeling aan evt. betrokken medewerker en/of patiënt.

15. Na het analyseren van de melding worden de gegevens geanonimiseerd, dat wil zeggen ontdaan van tot de melder of de betrokken patiënt herleidbare gegevens.

16. Bewaking van acties, aan de hand van afgesproken termijnen voor realisatie.







### Samenstelling commissie en randvoorwaarden

- Het aantal leden en de samenstelling van de commissie kan per praktijk verschillen. In elk geval maken een huisarts en een ondersteuner/assistente deel uit van de commissie.  
Evt kan de commissie worden uitgebreid met andere disciplines uit het eerstelijns centrum. Deze aanvulling kan structureel zijn maar ook voor een specifiek incident.
- Een van de leden treedt op als coördinator. Deze bewaakt de uitvoering van de voorgestelde maatregelen (PDCA-cyclus).

## Afspraken

- Calamiteiten moeten direct gemeld worden bij praktijkhoudende huisarts, welke hiervan melding bij de inspectie voor de volksgezondheid dient te maken.
- De commissie bepaalt samen met de betrokken medewerker of de patiënt over de voorgestelde maatregelen wordt geïnformeerd. Dit gebeurt in beginsel door de betrokken medewerker.
- De melding en de correspondentie omtrent de melding maken geen deel uit van een patiëntendossier en hebben een vertrouwelijk karakter.
- Meldingen die bij de commissie aanwezig zijn als onderlegger voor het advies zullen niet aan derden, waaronder de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Justitie ter beschikking worden gesteld. Het advies van de commissie aan de bestuurder kan wel door de inspectie worden opgevraagd. Inspectie en Justitie kunnen, met instemming van de patiënt, wel inzage eisen in het medisch dossier.
- De leden van de meldingscommissie hebben een geheimhoudingsplicht. Dit geldt ook voor medewerkers die bij het (bijna-) incident betrokken zijn.
- Ieder te bespreken incident moet schriftelijk zijn vastgelegd.
- (Bijna-) incidenten worden altijd door de praktijk serieus genomen.
- Bij bespreking met derden wordt de melding geanonimiseerd.
- De melding kan besproken worden in het bijzijn van de melder
- Een melding kan ook in het teamoverleg geanalyseerd worden.

## Bijlage 1

### Begripsomschrijvingen

#### Incident

Een onbedoelde gebeurtenis die de patiënt bereikt heeft en die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan gaan leiden.

#### Bijna-incident

Elke onbedoelde gebeurtenis met kans op letsel aan de patiënt die werd opgemerkt en gecorrigeerd voordat deze de patiënt bereikte.

#### Calamiteit

Een calamiteit is iedere niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die heeft geleid tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt. Ook seksueel misbruik van patiënten door zorgverleners wordt hieronder verstaan. Calamiteiten dienen altijd aan de Inspectie van de Volksgezondheid gemeld te worden.

#### Complicatie

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

#### Fout

Het niet uitvoeren van een geïndiceerde actie of het toepassen van een verkeerd plan om het doel te bereiken.

Melder

De medewerker die een schriftelijke melding doet. Dit is bij voorkeur de meest bij het incident betrokken medewerker.

VIM-commissie

De commissie Veilig Incident Melden, die de onder het meldingscriterium vallende gebeurtenissen behandelt conform deze procedure.

## Bijlage 2

### Rapportage

De VIM-commissie legt door middel van een jaarverslag verantwoording af over haar activiteiten...

Globaal ziet de inhoud er als volgt uit:

- Inleiding
- Samenstelling VIM-commissie
- Evaluatie doelstellingen vorig jaar
- Activiteiten
- Meldinformatie
- Conclusies en aanbevelingen
- Acties en doelstellingen komend jaar

Na het verschijnen van het jaarverslag worden de geanonimiseerde meldingen drie jaar bewaard.

## Bijlage 3 SAC matrix

<b>Ernst van gevolg</b>				
<b>Kans</b>	Catastrofaal	Groot	Matig	Klein
Wekelijks	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	2
Maandelijks	<b>4</b>	<b>3</b>	2	1
Jaarlijks	<b>4</b>	2	1	1
< 1 keer per jaar	<b>3</b>	2	1	1

## 6.2. Meldformulier VIM

<b>a</b>	
Datum melding:	Datum gebeurtenis:

<i>Gegevens van de melder</i>	
Naam:	Functie:

<i>Gegevens over eventueel betrokken patiënt</i>	
Naam:	Geboortedatum:
Ingelicht over incident: Nodig als het incident consequenties heeft voor de patiënt  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Zo ja, door wie:  <input type="checkbox"/> mondeling <input type="checkbox"/> schriftelijk

<i>Betrokken medewerkers</i>			
De melding gebeurt bij voorkeur door de direct betrokken medewerker(s). Andere betrokken medewerkers kunnen melden als zij vinden dat de direct betrokkene ten onrechte niet zelf meldt. Dit kan alleen met medeweten van de direct betrokkene.			
Naam:		Naam:	
Naam:		Naam:	

<i>Categorie van de melding (in te vullen door VIM-coördinator)</i>	
Meer keuzes mogelijk	
Hoofdgroep	Specificatie
<input type="checkbox"/> <b>Proces</b>	<input type="checkbox"/> Contact leggen <input type="checkbox"/> Registratie & administratie <input type="checkbox"/> Patiëntenstroom <input type="checkbox"/> Triage <input type="checkbox"/> Onderzoek <input type="checkbox"/> Behandeling <input type="checkbox"/> Verwijzing <input type="checkbox"/> Fiatteren <input type="checkbox"/> Overdracht op praktijk of huisartsenpost <input type="checkbox"/> Zorgketen <input type="checkbox"/> Opleidingssituatie

<input type="checkbox"/> <b>Medisch inhoudelijk handelen</b>	<input type="checkbox"/> Onjuiste uitvoering klinische taak <input type="checkbox"/> Onjuiste diagnose gesteld <input type="checkbox"/> Onjuiste behandeling ingesteld
<input type="checkbox"/> <b>Communicatie, overleg, samenwerking</b>	<input type="checkbox"/> Huisarts <input type="checkbox"/> AIOS <input type="checkbox"/> Praktijkondersteuner <input type="checkbox"/> Doktersassistent <input type="checkbox"/> Paramedicus <input type="checkbox"/> Praktijkmanager <input type="checkbox"/> Chauffeur
<input type="checkbox"/> <b>Materiaal, apparatuur, logistiek</b>	<input type="checkbox"/> Medische apparatuur / -instrumenten <input type="checkbox"/> Telefonie <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> EMD <input type="checkbox"/> Elektronische koppeling huisartsenpost

<i>Suggesties om herhaling te voorkomen - verbeteracties</i>

*Beschrijving van de gebeurtenis*

### *Handelen na gebeurtenis*

Leidinggevende gewaarschuwd met de volgende maatregelen:

Zelf actie ondernomen met de volgende maatregelen:

### *(Denkbare) gevolgen van de gebeurtenis*

Beschrijving toestand van de patiënt

