



Zorginhoudelijke Veiligheid

Visie en werkwijzen van het kwaliteitssysteem

Wageningen, maart 2016
Linda Myszka - Jansen, MA
Nelleke van Sluisveld, MSc

Inhoud

Inleiding.....	blz. 3
1. Over kwaliteit	blz. 4
1.2 Systeem en bedoeling.....	blz. 4
1.3 Kwaliteitsraamwerk zorginhoudelijke veiligheid	blz. 5
1.4 Werkwijze regiegroep en expertiseteams	blz. 6
2. Audits	blz. 8
2.1 Interne audits	blz. 8
2.1 Collegiale audits	blz. 9
2.2 Externe audits.....	blz. 9
2.3 Borging	blz. 9
3. Veilig incident melden	blz. 10
3.1 Melden en analyseren van incidenten	blz. 10
3.2 Incidentonderzoek	blz. 11
3.3 Incidentonderzoek met PRISMA-methode.....	blz. 12
3.4 Melden bij IGZ	blz. 13
Bijlagen	
Bijlage 1: Overzicht expertiseteams	blz. 14
Bijlage 2: Taken en verantwoordelijkheden ZIV.....	blz. 15
Bijlage 3: Beslisboom Incidentonderzoek	blz. 17

Inleiding

De maatschappelijke en politieke aandacht voor kwaliteit en veiligheid in de zorg is fors toegenomen. Het ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport (VWS) kwam in juni 2015 met een plan van aanpak voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg, genaamd 'Met waardigheid en trots. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen'. Daarnaast is per 1 januari 2016 de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) ingegaan. Deze wet ziet toe op klachten- en geschillenafhandeling en (toezicht op) kwaliteit in de zorg. Op basis van de Wkkgz moeten zorgaanbieders goede zorg leveren, dit houdt in:

Zorg van goede kwaliteit en van goed niveau:

- a) Die in ieder geval veilig, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoeft van de cliënt.
- b) Waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard
- c) Waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld.

Daarnaast legt de Wkkgz vast dat de zorgaanbieder zorg moet dragen voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg.

Hoewel Zinzia altijd aandacht heeft gehad voor zorginhoudelijke veiligheid, is de focus erop toegenomen door de ambitie om excellente zorg te bieden. De nadruk is komen te liggen op eigenaarschap, leiderschap en sturen op gedrag. Daarnaast is het kwaliteitsraamwerk ontwikkeld en zijn de expertiseteams opgericht om zorginhoudelijke veiligheid beter te borgen.

Hoe Zinzia zorginhoudelijke veiligheid georganiseerd heeft, is in dit document geschetst. Dat begint met de visie op kwaliteit zoals die al jaren binnen Zinzia wordt uitgedragen, niet het systeem, maar de mensen zijn leidend. Vervolgens beschrijft dit document de context en werkwijze rondom zorginhoudelijke veiligheid binnen Zinzia. Daarna wordt het beleid rondom audits, veilig incidenten melden en incidentonderzoek beschreven, inclusief het melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) van calamiteiten, geweld en disfunctioneren.

1. Over kwaliteit

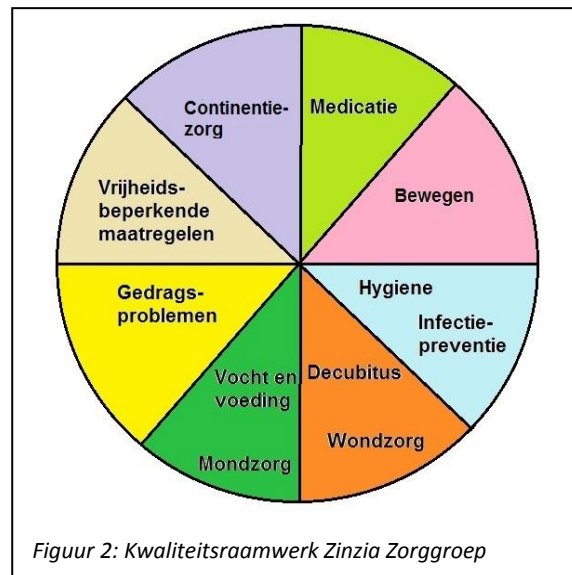
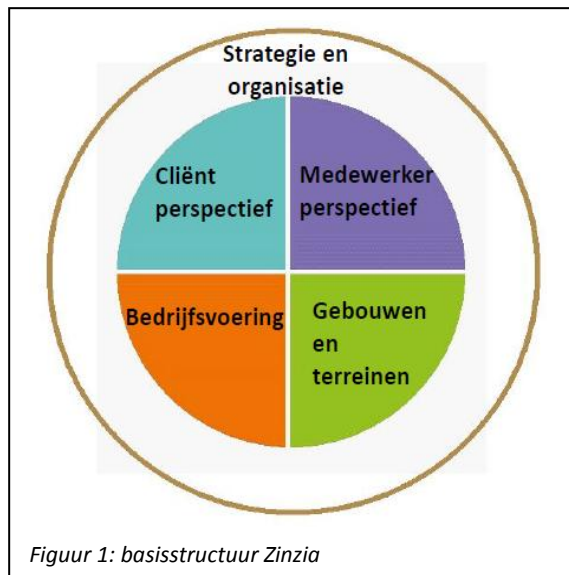
Kwaliteit kent allerlei dimensies. Het is per definitie meervoudig en komt tot stand in de relatie tussen mensen, door het goede gesprek te voeren. In elke individuele situatie blijven we zoeken naar het best mogelijke (verstandig doormodderen). We onderzoeken alternatieven, ervaringen en we gaan na hoe de wereld er vanuit de positie van de cliënt uit ziet. Altijd is hierin sprake van een spanning tussen handelen gebaseerd op professionele standaarden en de specifieke vraag van deze cliënt op dit moment. Telkens moeten we teruggaan naar het waarom: 'Waarom doe ik dit en wat voegt mijn handelen op dit moment toe voor deze cliënt.' Een cliënt die er toe wil doen en ondanks kwetsbaarheid en beperkingen richting wil geven aan het eigen leven. Want dat is de bedoeling. Professionele bagage (rugzak) en individuele vragen wegen we daarbij tegen elkaar af. Het is niet of of , maar en en zodat dilemma's zichtbaar worden. Daarover voeren we de dialoog met onze cliënt/vertegenwoordiger, allerlei ethische aspecten inbegrepen. Het brengt ons bij datgene wat in dit geval en voor deze cliënt goede zorg is. Daarop aansluiten en afstemmen, daar gaat het om. En dat is meer dan verantwoorde d.w.z. te verantwoorden zorg. Er is niet één waarheid. Dat wat voor die ene mens en in deze situatie geldt, is niet algemeen geldend. Dit vraagt om reflectie en het maken van keuzes. Soms kost dat extra tijd, maar geregeld levert dit ook tijd op. Het wassen van iemand die tegenwerkt kan sneller en liefdevoller gaan als je snapt wat iemand eigenlijk uitdrukt. En daar is geen eenvoudig recept voor of een rugzak met standaarden en methodieken.

We weten dat 100% niet bestaat en dat kwaliteit zich niet laat samenvatten in rijtjes, maat of getal. Zo veelvormig als een sterrenhemel, dat is kwaliteit. Daarom bevat ons verhaal over kwaliteit zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderdelen. Het gaat over tellen en vertellen...

1.1 Systeem en bedoeling

Onze werkprocessen en systemen, die de relationele en afgestemde zorg moeten faciliteren, structureren we op basis van vijf kritische prestatiegebieden. Een overzichtelijke basisstructuur met maximaal vijf gebieden; 'de vijf vingers aan één hand'. Daarbij is zonder veel discussie duidelijk welke projecten, risico's, werkzaamheden, enz., onder welk gebied vallen. De basisstructuur bestaat uit vier kwadranten en een omringende schil (figuur 1). Aan de hand van deze prestatiegebieden is binnen Zinzia de planning- & controlcyclus ingericht. De vier kwadranten geven de KPI's van Zinzia weer. De omringde schil bevat de overstijgende KPI waarbinnen onderwerpen vallen die niet tot één van de KPI's in de kern gerekend kunnen worden. In het kwadrant cliëntperspectief valt zorginhoudelijke veiligheid.

Binnen Zinzia wordt er uitgegaan van de ondersteunde waarde van de basisstructuur. Deze moet niet vervallen tot een voorschrijvende en dwingende structuur, maar een hulpmiddel zijn en geen op zichzelf staand doel. We zijn ons bewust van de beperkingen van het systeem en van het feit dat de systemen steeds ondersteunend moet zijn aan de bedoeling. Systeem en bedoeling zijn twee kanten van dezelfde medaille, het één kan niet zonder het ander.



1.2 Kwaliteitsraamwerk Zorginhoudelijke Veiligheid

Een methode voor het meten en verbeteren vormt samen met het kwaliteitsraamwerk de twee pijlers van de zorginhoudelijke veiligheid binnen Zinzia. De pijler van meten en verbeteren gaat in de kern om audits en een systeem van veilig incidenten melden (VIM), inclusief PRISMA's (Prevention and Recovery System for Monitoring and Analyses). Om eigenaarschap en continu verbeteren te stimuleren worden resultaten uit audits en VIM direct aan leidinggevenden en teams doorgegeven. Er kan dan direct actie ondernomen worden en verbeteringen gerealiseerd. Beide onderwerpen worden verder beschreven in de hoofdstukken 2 en 3. De andere pijler, het kwaliteitsraamwerk, is ontworpen om overzicht te houden op de verschillende onderwerpen die met elkaar zorginhoudelijke veiligheid uitmaken. Het kwaliteitsraamwerk heeft acht thema's (figuur 2), dit biedt een themagebonden structuur en creëert daarmee overzicht in de veelheid van onderwerpen. De selectie van de thema's is gemaakt op basis van landelijke (IGZ) inzichten en kennis en ervaring binnen Zinzia.

Binnen één thema kunnen meerdere onderwerpen vallen. De keuze onder welk thema een onderwerp valt, hangt af van de kennis die noodzakelijk is. Door de verdeling aan de hand van de benodigde kennis te maken en niet voor elk onderwerp een aparte taartpunt te creëren, wordt versnippering voorkomen en kunnen kennis en ervaring met een bepaald thema effectief en efficiënt ingezet worden. Zo passen de onderwerpen valpreventie en passiviteiten van het dagelijks leven (PDL) binnen het thema bewegen. Wanneer nieuwe onderwerpen zich aandienen, zoals het onderwerp bijzonder resistente micro organismen (BMRO), wordt gekeken bij welk thema dit het beste past. In dit geval is BMRO ingedeeld bij infectiepreventie en hygiëne.

Per thema is één Zinzia expertiseteam actief. Het team wordt voorgezeten door een Specialistisch Verpleegkundige Ouderenzorg (SVO), een niveau 5 verpleegkundige. Verder bestaat het team uit minimaal een afdelingshoofd en een behandelaar. De behandelaar is inhoudsdeskundige en het afdelingshoofd kijkt specifiek naar organisatorische (on)mogelijkheden c.q. inbedding van het voorgestelde beleid. Het aantal leden kan worden uitgebreid al naar gelang behoefte en onderwerp. Het expertiseteam is inhoudsverantwoordelijk en op inhoud beslissingsbevoegd. Zij stelt voor het betreffende thema het zorginhoudelijk beleid vast. Daarnaast is het expertiseteam ook verantwoordelijk voor de implementatie; waarbij op de werkvloer gebruik wordt gemaakt van aandachtshouders per thema.

Het functioneren van het kwaliteitstraamwerk en de werkwijze daaromheen wordt inzichtelijk gemaakt met verschillende methoden waarbinnen grofweg een tweedeling kan worden gemaakt: prospectieve en retrospectieve analyses. Een prospectieve analyse gaat in de organisatie op zoek naar tekortkomingen, situaties die mogelijk een risico zouden kunnen vormen, en verbetermogelijkheden. Een voorbeeld hiervan is dat een interne auditor kijkt of zorgverleners ringen dragen, wat een risico op infecties vormt. Op basis van de gevonden gevaarlijke situaties worden verbetermaatregelen getroffen. Bij retrospectieve analyses heeft een incident zich al voorgedaan en gaat men achteraf op zoek naar oorzaken van het incident. Op basis van de gevonden oorzaken worden verbetermaatregelen getroffen. Zinzia gebruikt de volgende methoden om het functioneren van het kwaliteitstraamwerk inzichtelijk te maken: interne, externe of collegiale audits (prospectief, hoofdstuk 2) en incidentanalyse (retrospectief, hoofdstuk 3).

1.3 Werkwijze regiegroep en expertiseteams

Regiegroep Zorginhoudelijke veiligheid

Om Zinzia-breed overzicht te houden op de voortgang worden alle gegevens verzameld, geanalyseerd en besproken in de Zinzia regiegroep zorginhoudelijke veiligheid (ZIV). Hierin zitten de regiomanagers, manager expertise- en behandelcentrum (EBC), een specialist ouderengeneeskunde, een SVO en de senior adviseurs kwaliteit & innovatie. De regiegroep ZIV houdt zicht op risico's m.b.t. zorgveilig werken binnen Zinzia, de voortgang van ingezette acties en het resultaat (zie figuur 3).



Figuur 3: werkwijze regiegroep zorginhoudelijke veiligheid Zinzia Zorggroep

Expertiseteams

Er zijn acht expertiseteams actief binnen Zinzia, één voor elk thema. Het expertiseteam is ervoor verantwoordelijk dat nieuwe (landelijke) ontwikkelingen op het betreffende thema worden gesignaleerd en vertaald naar de Zinzia omgeving. Daarnaast evalueren zij bestaande afspraken, beleid en richtlijnen. Bij vernieuwde of nieuwe afspraken is het expertiseteam verantwoordelijk voor de implementatie en alles wat daarbij hoort, bijvoorbeeld scholing.

Implementatie en de rol van de SVO

De implementatie van nieuwe richtlijnen gebeurt onder begeleiding van de SVO's. Per locatie hebben de SVO's de thema's verdeeld. Dit staat los van de SVO die voorzitter is van het expertiseteam. Deze SVO ondersteunt de implementatie van dat thema op zijn of haar locatie. Hij of zij is aanspreekpunt voor de voorzitter van het expertiseteam en ook voor de medewerkers op de locatie die met het thema te maken hebben. Deze SVO zorgt ook voor terugkoppeling over de uitvoering richting het expertiseteam, zodat evaluatie en borging plaats kunnen vinden.

Aandachtshouders

Per organisatorische eenheid, afdeling of woning, is een aandachtshouder aangewezen. Deze persoon is aanspreekpunt voor de collega's en zal de collega's ondersteunen en aanspreken bij de uitvoering. Voor de SVO's is op deze manier duidelijk welke medewerkers zij kunnen inzetten bij de implementatie, maar ook bij de terugkoppeling van eventuele problemen en de evaluatie. De SVO is ervoor verantwoordelijk dat de

namen van de aandachtshouders in de organisatorisch eenheden bekend zijn, deze hoeven niet stichtingbreed bekend te zijn. Door middel van scholing zijn de aandachtshouders deskundig, deze scholing wordt geïnitieerd door het expertiseteam.

Rol van de managers

De regiomanagers en de manager EBC verdelen de thema's onderling, zodat het expertiseteam weet aan welke managers zij hun plannen, begrotings- en scholingsvoorstellen voor moeten leggen. De manager neemt géén inhoudelijke beslissingen, maar kijkt naar organisatorische consequenties. Het is aan de manager om een besluit zelfstandig te nemen of aan het MT voor te leggen.

2. Audits

Audit betekent letterlijk ‘onderzoek doen naar het functioneren van een organisatie’ en is een prospectieve methode om de patiëntveiligheid van een afdeling in kaart te brengen. Er zijn verschillende soorten audits, zoals interne, collegiale en externe audits. Bij een interne audit zijn de auditors professionals in dienst van Zinzia Zorggroep; zij onderzoeken de zorginhoudelijke veiligheid op afdelingen van hun collega’s. Bij een collegiale audit komen collega’s van een andere zorgorganisatie het onderzoek doen en wij bij hen. Bij een externe audit wordt er een gespecialiseerd bedrijf gevraagd om onze zorginhoudelijke veiligheid te evalueren. Een belangrijk verschil tussen deze drie soorten audits is de mate van onafhankelijkheid en dus van objectiviteit van de resultaten. Dit is met name belangrijk voor externe verantwoording, zoals de Inspectie van Gezondheidszorg.

Dan zijn er twee soorten methoden die gehanteerd worden tijdens een audit, kwantitatief en kwalitatief. Kwalitatieve audits zijn gebaseerd op tellen, bijvoorbeeld bij controle van het zorgdossier wordt gekeken of formulieren aanwezig zijn en juist ingevuld zijn of er wordt geteld hoeveel cliënten met decubitus er op dat moment zijn. Kwalitatieve audits hebben meer diepgang en omvatten een observatie met daaraan gekoppeld een interview met de betrokkenen om samen te reflecteren op de gevonden resultaten.

De manier waarop Zinzia aankijkt tegen audits, ligt in het verlengde van de visie op kwaliteit, namelijk dat kwaliteit meervoudig is, ontstaat in de relatie en contextgebonden is. Daarom kiest Zinzia er bewust voor om een mix te gebruiken van de verschillende soorten metingen en onderzoek. Op die manier ontstaat een rijker beeld van de organisatie en is het mogelijk om die bron te gebruiken die het best bij de vraag past die voor ligt. Soms zal een korte kwantitatieve vragenlijst voldoen, voor andere vragen is een kwalitatief onderzoek noodzakelijk.

2.1 Interne audits

Interne audits bij Zinzia

Bij alle interne audits binnen Zinzia is de landelijk geldende wet- en regelgeving het uitgangspunt, waarbij veelal de IGZ-normen gehanteerd worden. Het totale programma voor de interne audits wordt ieder jaar in de regiegroep ZIV vastgesteld.

Box 1. Thema’s IGZ

- × cliëntdossiers
- × medicatieveiligheid
- × deskundigheid en inzet personeel
- × vrijheidsbeperking

Interne auditors

Alle afdelingsmanagers en SVO’s zijn opgeleid tot interne auditor. Om deze taak goed uit te blijven voeren en nieuwe afdelingsmanagers en SVO’s op te leiden, is het belangrijk dat er regelmatig (her)scholingen plaatsvinden. In het tweede kwartaal van 2016 wordt deze scholing opnieuw georganiseerd. De afdeling planning & control speelt een rol in de interne audit rondom het cliëntdossier.

Ontwikkelingen

In 2016 beginnen de eerste pilot-afdelingen met het gebruik van het elektronisch cliëntendossier (ECD) en eind 2016 zullen allen afdelingen het ECD in gebruik hebben genomen. Hierdoor zal de interne audit met betrekking tot het cliëntdossier door planning & control veranderen. Door het ECD is het mogelijk om bepaalde metingen kort cyclisch (bijvoorbeeld maandelijks) uit te voeren en de resultaten te verzamelen in de toekomstige bedrijfsinformatietool (BI-tool). Er wordt onderzocht wat de mogelijkheden zijn.

2.2 Collegiale audits

In 2016 worden de mogelijkheden met betrekking tot collegiale audits onderzocht.

2.3 Externe audits

In 2015 is er een organisatiebrede externe audit uitgevoerd; de reikwijdte van deze audit was breder dan de acht thema's zorginhoudelijke veiligheid en evalueerde de organisatie als geheel. Hoewel Zinzia geen gebruik maakt van een kwaliteitssysteem, is bij deze audit de ISO-9001 als onderliggende norm gebruikt. Het certificaat is behaald. Ieder jaar wordt er een vervolgaudit uitgevoerd.

Ontwikkelingen

In 2016 wordt onderzocht wat mogelijkheden zijn met betrekking tot een externe audit specifiek gericht op zorginhoudelijke veiligheid.

2.4 Borging

De uitkomsten van een audits worden altijd aan het verantwoordelijk leidinggevende en manager overhandigd en aangeboden aan het management team. De auditrapportages worden besproken in de zorg- en behandeloverleggen. De verantwoordelijkheid voor het oppakken van de uitkomsten van een audit liggen in de lijn en in eerste instantie bij de leidinggevende van de afdeling. In de zorg- en behandeloverleggen wordt de voortgang van de verbeteringen in de gaten gehouden en zondig bijgestuurd door het verantwoordelijk MT-lid. Daarnaast wordt de planning, voortgang en uitkomsten besproken in de regiegroep zorginhoudelijke veiligheid. Ieder jaar wordt er een jaaranalyse en rapportage gemaakt door de afdeling kwaliteit en innovatie, deze wordt aangeboden aan Raad van Toezicht en de centrale cliëntenraad. Op deze manier is er een stichtingsbrede borging.

Naast de audits is Zinzia steeds actief op zoek naar cliëntervaringen, om onder andere te achterhalen waar verbeteringen doorgevoerd kunnen of moeten worden. Omdat dit onderdeel nog in ontwikkeling is, zijn de activiteiten op dat gebied opgenomen in het ontwikkelplan 'Inzicht in cliëntervaringen'. In de toekomst is het mogelijk dat verschillende activiteiten uit dat plan opgenomen worden in het auditbeleid.

3. Veilig incident melden

Veiligheid en kwaliteit staan hoog in het vaandel bij Zinzia en staan aan de basis van excellente zorg. Iedere cliënt bij Zinzia mag er vanuit gaan dat de zorginhoudelijke veiligheid op orde is. Verschillende teams werken hard aan het optimaliseren van kwaliteit en veiligheid. De expertiseteams zorgen bijvoorbeeld voor blijvende ontwikkeling en evalueren de uitvoering ervan door middel van interne audits. Waar mensen werken kan er altijd iets mis gaan. Natuurlijk proberen we incidenten zo veel mogelijk te voorkomen door risico's in kaart te brengen (o.a. door de checklist risicosignalering) en preventieve maatregelen te nemen, maar het aantal incidenten terugbrengen naar nul is onmogelijk.

Het melden van incidenten is een belangrijk instrument voor de veiligheid van cliënten. Het vraagt om een omgeving waarin we het vertrouwen hebben en de veiligheid voelen om ongewenste gebeurtenissen of zelfs gevaarlijke situaties te melden en met collega's te bespreken. Het gaat hierbij niet om verwijtbaarheid van individuele personen, maar om vermijdbaarheid van incidenten en gevaarlijke situaties. De betrokken cliënt(en) en familie worden vanzelfsprekend geïnformeerd over het incident en betrokken bij een eventueel onderzoek.

Van incidenten moet je leren, dat is de visie van Zinzia. Door incidenten te melden, te analyseren en oorzaken te achterhalen, proberen we incidenten in de toekomst te voorkomen. Zo kunnen we de kwaliteit en veiligheid van de zorg vergroten. 'Lerend vermogen' en 'eigenaarschap' zijn twee kerncompetenties binnen Zinzia. Medewerkers die betrokken zijn bij een incident nemen verantwoordelijkheid en willen leren van hetgeen er niet goed ging. 'Van fouten kun je leren', is een vanzelfsprekend onderdeel van de attitude van elke medewerker zijn. Het leren begint altijd met het ontdekken van afwijkingen of fouten in processen rondom zorg en welzijn. Vervolgens is het belangrijk om met elkaar te reflecteren en de oorzaken te zoeken. Daarbij is het belangrijk om verder te kijken dan alleen naar de menselijke factor en ook technische en organisatorische oorzaken te onderzoeken. Wanneer er sprake lijkt te zijn van een calamiteit wordt er onderzoek gedaan d.m.v. de PRISMA-methode.

3.1 Melden en analyseren van incidenten

Het melden en registreren van incidenten is belangrijk om inzicht te krijgen in oorzaken en trends. Alleen door incidenten te melden, is het mogelijk om er met elkaar van te leren en incidenten in de toekomst te voorkomen. De verantwoordelijkheid voor het signaleren van incidenten, de afhandeling en registratie liggen in eerste instantie bij de betrokken medewerker en de verantwoordelijk leidinggevende. Als blijkt dat er sprake is van een complexe situatie of ernstig letsel, zal de afdeling kwaliteit en innovatie worden betrokken om te bepalen of het noodzakelijk is om verder onderzoek te doen (bijvoorbeeld met de PRISMA-methode). Er wordt dan ook onderzocht of er sprake is van een calamiteit die bij de IGZ gemeld moet worden.

Definitie

Onder een **incident** verstaan we alle onbedoelde negatieve uitkomsten van een proces, zoals een fout, (bijna)incident. Een **calamiteit** is een incident met ernstig letsel of de dood die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg.

Procedure MIC

Een melding van een incident doorloopt binnen Zinzia drie niveaus: de individuele medewerker, de leidinggevende en het team, en de organisatie.

Niveau 1: de individuele medewerker

Zodra de medewerker (incl. flexmedewerkers, vrijwilligers) een incident signaleert treft hij maatregelen om de schade te beperken of zo veel mogelijk te herstellen. In de praktijk betekent dit dat eerst de betrokken cliënt(en) geholpen worden en waarnodig EHBO wordt verleend. Vervolgens staat communicatie centraal:

allereerst met de cliënt, wanneer het een zorgincident betreft, en daarna met collega's, behandelaars en eventueel de leidinggevende. Het incident wordt gerapporteerd in het zorgdossier en gemeld via CuraWeb (in de toekomst ONS). Indien nodig wordt het incident besproken in het teamoverleg en/of multidisciplinair overleg en wordt het zorgleefplan aangepast. In sommige gevallen is snel ingrijpen noodzakelijk om ervoor te zorgen dat eenzelfde incident zich niet binnen korte tijd herhaalt. De betrokken medewerkers en hun leidinggevende overleggen welke maatregelen voorlopig moeten worden getroffen.

Familieleden of bezoek bespreken een door hen gesignaleerd incident met de eerst verantwoordelijke verzorgende of diens vervanger. Deze medewerker bepaalt of het incident gemeld moet worden. De digitale melding in CuraWeb wordt eventueel samen gedaan. Ook van medewerkers van andere diensten en afdelingen, leerlingen en stagiaires wordt verwacht dat zij melding doen van incidenten. Ook zij kunnen zich bij het melden in CuraWeb laten bijstaan door een medewerker uit de zorg.

Niveau 2: de leidinggevende en het team

Nadat de medewerker in CuraWeb melding heeft gemaakt van het incident, krijgt de leidinggevende automatisch een digitaal seintje. De afdelingsmanager geeft feedback op de melding, vraagt indien nodig om aanvullende informatie. Als er sprake is van ernstig letsel, overlijden of onverklaarbare omstandigheden dan neemt de leidinggevende contact op met de afdeling kwaliteit & innovatie. De leidinggevende kan deze taak ook delegeren. Samen maken zij de afweging of verder incidentonderzoek noodzakelijk (PRISMA) is of dat registratie voldoende is. Daarna accordeert de afdelingsmanager de melding. Wordt tijdens het incidentonderzoek duidelijk dat het gaat om een calamiteit, dan wordt dit gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

De leidinggevende kan in CuraWeb rapporten maken met daarin een overzicht van de meldingen die in een bepaalde periode zijn gedaan. Geadviseerd wordt om dit in ieder geval elk kwartaal te doen. Het overzicht dient als uitgangspunt bij de analyse van de (veel voorkomende) incidenten. De leidinggevende stemt het af met de afdelingsarts en deelt de analyse met de afdeling en formuleert verbetermaatregelen om risico's te beheersen en eenzelfde incidenten in de toekomst te voorkomen. Vervolgens meldt de leidinggevende de resultaten van de analyse en de getroffen verbetermaatregelen aan het verantwoordelijk managementteam (MT)-lid. Wanneer daar aanleiding toe is, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van een risico dat in de gehele organisatie speelt, wordt dit besproken met de afdeling kwaliteit & innovatie.

Niveau 3: de organisatie

Het cliëntadministratie maakt ieder kwartaal een uitdraai van CuraWeb, die naar de afdeling kwaliteit & innovatie wordt gestuurd. De afdeling kwaliteit & innovatie analyseert de MIC's systematisch om trends en andere opvallende zaken in de organisatie en locaties te signaleren, en doet verslag in kwartaal- en jaarrapportages. De aanbevelingen hebben betrekking veiligheidsbeleid van de organisatie en in sommige gevallen op het functioneren van een afdeling of locatie. De analyse en aanbevelingen worden naar de RvB, het MT, de leidinggevende, de regiegroep zorginhoudelijke (ZI) veiligheid en naar de voorzitters van de expertiseteams gestuurd. De incidentinformatie wordt beschouwd als onderdeel van de managementrapportages en vormt op deze manier belangrijke managementinformatie. Leidinggevend van betreffende afdelingen zijn vanzelfsprekend verantwoordelijk om de aanbevelingen om te zetten naar passende maatregelen.

3.2 Incidentenonderzoek

Bij ieder incident of melding wordt een incidentonderzoek gedaan. Met een incidentonderzoek wordt een verdieping van de melding bedoeld. Dit kan een verduidelijkende vraag van de afdelingsmanager aan de melder, een incidentonderzoek met de PRISMA-methode en alles ertussenin zijn. Belangrijk daarbij is dat incidenten/meldingen met het team worden besproken en dat van elk incident/melding geleerd wordt. Misschien nog wel belangrijker is het om de cliënt en zijn familie bij het onderzoek te betrekken. Zijn

kunnen een waardevolle bron van informatie zijn en willen natuurlijk ook graag weten wat er is gebeurd en hoe alle betrokkenen van het incident leren.

3.3 Incidentonderzoek met PRISMA-methode

Bij incidentonderzoeken is men vaak geneigd op zoek te gaan naar een schuldige medewerker of die ene handeling waardoor het incident is ontstaan. Hierdoor ontstaat kokervisie en dit resulteert in symptoombestrijding in plaats van dat de oorzaken van het incident worden aangepakt. De PRISMA-methode helpt bij een incidentonderzoek om oorzaken te achterhalen zonder in de valkuil te trappen van meningen en interpretaties. De methode helpt om alle feiten te achterhalen en op basis daarvan conclusies te trekken en te leren. Vaak blijkt dat een incident meerdere oorzaken heeft en bijna nooit te herleiden is door een fout van één medewerker

Een PRISMA kan door de afdelingsmanager in principe bij ieder incident gestart worden, bijvoorbeeld wanneer er onduidelijkheden zijn of er een vermoeden is van vermijdbaarheid. Of een PRISMA noodzakelijk is hangt af van de ernst van de gevolgen van het incident en de oorzaken. Bij elk incident met als gevolg ernstig letsel of overlijden neemt de afdelingsmanager contact op met kwaliteit & innovatie om samen te bepalen of een PRISMA uitgevoerd moet worden. De behoefte van de cliënt en zijn familie speelt een rol bij de afweging om wel of geen PRISMA te starten.

Niet bij ieder incident waarbij de cliënt overlijdt of ernstig letsel oploopt moet een PRISMA gedaan worden. Bijvoorbeeld als een cliënt waarbij valgevaar overwogen en besproken is in het zorgleefplan valt en zijn heup breekt. Blijkt dan dat de cliënt was gevallen op het toilet nadat zijn infrarood was afgegaan en de medewerker binnen vijf minuten ter plaatse was, dan is er geen sprake van een calamiteit. Dit was een weloverwogen risico. Een verder onderzoek met de PRISMA-methode is dan niet noodzakelijk. Maar blijkt dat deze zelfde cliënt is gestruikeld over de tillift die een medewerker op de gang had laten staan, dan is er wel reden voor verder onderzoek. Het laten staan van een tillift op een gevaarlijke plek zegt namelijk iets over de kwaliteit van de geleverde zorg. Daarom is het belangrijk om bij een incident met ernstig letsel of overlijden contact op te nemen met de afdeling kwaliteit & innovatie om verder samen te bepalen of er wel of geen PRISMA gedaan moet worden. Ook wanneer oorzaken onduidelijk zijn en/ of vragen oproepen is het verstandig om het incident te onderzoeken (bijvoorbeeld wanneer de cliënt is gevallen, gelukkig geen letsel heeft, maar de infraroodmelder niet goed blijkt te werken). De leidinggevende overlegt dan met de afdeling kwaliteit & innovatie of het noodzakelijk is om een onderzoek te starten. In dit het hele proces van onderzoek en besluit is telkens de stem van de cliënt en zijn familie van groot belang.

In de praktijk werkt het zo: wanneer een incident zich heeft voorgedaan waarbij een cliënt ernstig letsel heeft opgelopen, is overleden of er sprake is van onverklaarbare omstandigheden, registreert de medewerker het incident. De medewerker informeert de leidinggevende en de contactpersoon van de cliënt. De leidinggevende overlegt met kwaliteit & innovatie over een eventuele incidentonderzoek. De wensen van de cliënt en de familie worden in het besluit tot verder incidentonderzoek meegenomen. Wanneer verder incidentonderzoek gewenst is, start de leidinggevende het onderzoek met de PRISMA-methode, of delegeert deze taak aan bijvoorbeeld de SVO, en houdt kwaliteit & innovatie op de hoogte van de voortgang. Blijkt tijdens het onderzoek dat het gaat om een calamiteit dan overlegt kwaliteit & innovatie met de Raad van Bestuur over een eventuele melding bij de IGZ. In bijlage 3 is ter illustratie een beslisboom te vinden en in de volgende paragraaf wordt er verder op ingegaan.

Het onderzoek resulteert altijd in een rapport. In het Handboek Zorg is hiervoor een beschrijving te vinden van de PRISMA-methode en een format dat voldoet aan de eisen van de IGZ. Elk incidentonderzoek met de PRISMA-methode en het daaruit voorkomende rapport wordt naar de afdeling kwaliteit & innovatie gestuurd, zodat een organisatiebreed overzicht blijft bestaan.

3.4 Melden bij de IGZ

Op basis van de Wkkgz is Zinzia verplicht om in een aantal gevallen een melding te doen bij de IGZ:

- a) Iedere calamiteit die bij de zorgverlening heeft plaatsgevonden
- b) Geweld in de zorgrelatie
- c) De opzegging, ontbinding of niet-voortzetting van een overeenkomst met een zorgverlener op grond van zijn oordeel dat de zorgverlener ernstig is tekort geschoten in zijn functioneren.

Ad a) Een calamiteit, is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid. Wanneer er dus sprake is van ernstig letsel of overlijden en er geen goede zorg is verleent (zie inleiding), dan spreken we niet meer van een incident, maar van een calamiteit. Dit moet gemeld worden bij de IGZ en er wordt een onderzoek ingesteld (onderdeel hiervan is de PRISMA). Wanneer de cliënt is overleden ten gevolge van een calamiteit, dan wordt het onderzoek geleid door een externe onafhankelijk voorzitter. De afdeling kwaliteit & innovatie geeft een advies aan de regiomanager/manager EBC en Raad van Bestuur of het incident gemeld moet worden aan de IGZ.

Ad b) Volgens de WKKGZ moeten zorgaanbieders alle vormen van geweld in de zorgrelatie melden bij de inspectie. Geweld in de zorgrelatie is breder dan seksueel misbruik of ontucht. Het gaat daarnaast om alle vormen van mishandeling en dwang die strafbaar zijn volgens het Wetboek van Strafrecht (artikel 300 en artikel 284).

- Geweld van een zorgverlener jegens een cliënt;
- Geweld van een ander persoon die werkt binnen of in opdracht van de zorginstelling jegens een cliënt;
- Geweld tussen cliënten onderling als zij beiden minimaal een dagdeel in een zorginstelling verblijven.

Het maakt niet uit waar het geweld tussen deze personen zich heeft voorgedaan.

Ad c) Van ontslag wegens disfunctioneren is sprake wanneer een zorgverlener ernstig tekort is geschoten in zijn functioneren en om die reden de overeenkomst met hem wordt opgezegd of niet wordt verlengd. Het maakt daarbij niet uit wat de aard van de overeenkomst was, bijvoorbeeld een arbeidscontract, een samenwerkingsovereenkomst of een opdracht. Van ernstig disfunctioneren is in ieder geval sprake wanneer de veiligheid van cliënten of de zorg een ernstige bedreiging kan betekenen. Ook als er aanwijzingen zijn dat de zorgverlener mogelijk strafbare feiten heeft gepleegd, of er aanwijzingen zijn dat lichamelijke of psychische ziekte of verslaving een rol speelt in het ernstig tekortschieten van de zorgverlener, moet er gemeld worden. Alleen het ontslag van (betaalde) zorgverleners valt onder deze verplichte melding. Situaties van ernstig tekortschieten bij vrijwilligers en stagiaires en medewerkers die geen zorg verlenen vallen niet onder de verplichte melding.

Bijlage 1. Overzicht expertiseteams

(bijgewerkt: 24-03-2016)

expertise team (ET)	leden	manager
ET medicatie	SVO: Ineke Menkveld Behandelaar: Neske Pels en Maud Kuiper Leidinggevende: Mark Kuilder Apotheker: Wilco van Amelsfoort	Patricia Bender
ET bewegen (PDL; valrisico; transfer; beweegstimulering; mobiliteitsbeperking)	SVO: vacature Behandelaar: Suzanne van de Kamp Leidinggevende: Ton van Eldonk	Agathe Oude Veldhuis
ET decubitus & wondzorg	SVO: José Bosman Behandelaar: Geertje Egging Leidinggevende: Marjo de Roba	Agathe Oude Veldhuis
ET vocht, voeding & mondzorg (slikproblemen)	SVO: Francis Straatsma Behandelaar: Patricia Geelink, Liesbeth Corbeek, Erna de Munnik Leidinggevende: Hilde Bellaard	Agathe Oude Veldhuis
ET gedragsproblemen (depressie; agressie)	SVO: Sarah Risakotta Behandelaar: Eline Boon en Lesley Tosserams Leidinggevende: Marloes Muiderman	Agathe Oude Veldhuis
ET vrijheidbeperkende maatregelen (middelen & maatregelen)	SVO: Willy Wilms Behandelaar: Suzanne van de Kamp Leidinggevende: Monique Aarntzen	Patricia Bender
ET hygiëne & infectiepreventie (handhygiëne)	SVO: Vera ter Horst Behandelaar: Simone Cals Leidinggevende: Marjo de Roba	Patricia Bender
ET continenzorg	SVO: Marijke Hendriks Behandelaar: Sabien Nauta Leidinggevende: Jacomijn bij de Vaate	Patricia Bender

Bijlage 2. Taken en verantwoordelijkheden ZIV

Manager m.b.t. ZIV

breed kijken naar onderwerp, inhoud en proces
neemt beslissingen over organisatorische consequenties
besluitvorming over beleidsvoorstellen

SVO als voorzitter expertiseteam

monitoren van het proces
vergaderingen bijeenroepen
neemt initiatief om producenten te ontwikkelen en te evalueren
agenda opstellen
eindredactie op producten, zoals risicosignaleringen, achtergrond documenten
inhoudskundig binnen het verpleegkundig domein
houdt ontwikkelingen binnen het verpleegkundig domein bij op het thema

Behandelaar als inhoudsverantwoordelijke

neemt beslissingen over de inhoud
houdt ontwikkelingen in het veld bij
neemt initiatief om producten te ontwikkelen en te evalueren

Leidinggevende als lid expertiseteam

beoordeelt voorstellen op organisatorische haalbaarheid
houdt ontwikkelingen in het veld bij
neemt initiatief om producten te ontwikkelen en te evalueren

Lid expertiseteam

inhoudskundig
houdt ontwikkelingen in het veld bij
neemt initiatief om producten te ontwikkelen en te evalueren

SVO als implementatiecoach

benoemd aandachtshouders op de organisatorische eenheid
begeleid aandachtshouder en medewerkers bij de uitvoering
koppelt problemen terug naar expertiseteam

Aandachtshouders

zijn aanspreekpunt voor directe collega's en zorgen er in overleg met de leidinggevende voor dat het inhoudelijke thema regelmatig aan de orde komt in het (werk)overleg.
ondersteunen de collega's bij de invoering van nieuwe werkafspraken/nieuw beleid.
Signaleren problemen bij de uitvoering en koppelen deze terug.
Voeren evaluaties uit.

Regiegroep zorginhoudelijke veiligheid (ZIV)

Doel: Zinzia breed permanent aandacht voor en overzicht houden op risico's zorginhoudelijke veiligheid.

Leden:

- Regiomanager,
- Manager Expertise en Behandelcentrum,
- Specialist ouderengeneeskunde, BOPZ

- Coördinerend Specialist Ouderengeneeskunde
- Specialistische Verpleegkundige Ouderenzorg
- Senior adviseur Kwaliteit en Innovatie (voorzitter)

Frequentie bijeenkomst: vier keer per jaar

Te bespreken onderwerpen:

- jaarverslag zorginhoudelijke veiligheid
- kwartaalrapportage MIC/PRISMA
- planning thema's van audits
- rapportages en voortgang interne en externe audits (inclusief IGZ)
- voortgang ZIV-thema's
- evaluatie beleid zorginhoudelijke veiligheid

Bijlage 3. Beslisboom incidentenonderzoek

Door onderstaande beslisboom door te lopen wordt duidelijk of er een incidentonderzoek met de PRISMA-methode en een melding aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) noodzakelijk is. Bij twijfel neem contact op met kwaliteit & innovatie.

