

Zo leer je van incidenten melden





Inhoud

1	Introductie	3
2	Waarom melden	4
3	Wat en wie	5
4	Werkwijze	6
	Analyses maken	7
5	Blijven verbeteren	9
	Hulpvragen	9
	Wat levert het op	9
6	Calamiteiten	10
	Bijlagen: checklist teams en checklist organisatie	11



1. Introductie

In verpleeghuizen weet iedereen dat je een incident rond de zorg en ook incidenten die een medewerker raken, moet melden. Zodat je hiervan kunt leren en kunt verbeteren.

Toch blijkt uit gegevens van Waardigheid en Trots op Locatie (WOL) dat het melden van incidenten en alles wat daarbij komt kijken nog niet zo loopt als altijd gedacht of gehoopt. In deze publicatie laten we kort de hoofdlijnen zien van het melden, geven we tips, laten we de samenhang zien en hopen zo een bijdrage te leveren aan het veiliger worden van de zorg.

Deze publicatie is bedoeld voor:

- Stafmedewerkers
- Teamleiders
- Kwaliteitsverpleegkundigen
- Deelnemers MIC-commissies

Waardigheid en Trots op Locatie is een programma dat verpleeghuizen ondersteunt bij het implementeren van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Ongeveer 550 locaties doen hier aan mee en verbeteren zo hun kwaliteit van zorg.





2. Waarom incidenten melden

Door incidenten te melden weten een medewerker, een team en een organisatie wat er soms, ondanks alle afspraken of goede intenties, niet goed gaat in de zorg. Door dat te beschrijven en ervan te leren kan een dergelijk incident in de nabije toekomst hopelijk voorkomen worden. Essentieel is dat er dus niet alleen gemeld wordt, maar ook dat ervan geleerd wordt, en dat er maatregelen of voorwaarden gerealiseerd worden die meehelpen toekomstige soortgelijke incidenten te voorkomen.

Nu is melden van een incident niet altijd fijn. Er is iets mis gegaan en dat roept al snel vragen op over wie iets fout heeft gedaan, wie dit had moeten voorkomen en wat het voor consequenties heeft. Hoewel de bedoeling van MIC-meldingen vooral is om te leren van datgene wat is gebeurd, kan een melder het voelen als onveilig of schuld bekennen. Om dit te voorkomen is er al veel nagedacht over 'veilig melden'. Veilig melden kan alleen als er een veilige sfeer is in een team, met een manager of in een organisatie. Dus geen 'blame'-cultuur maar een cultuur gericht op leren. Dit is dus niet alleen een verantwoordelijkheid voor de melder alleen, maar voor de hele organisatie.

Kortom, melden is van belang om:

- inzicht te krijgen in wat er, onverhoopt of onverwachts, niet goed gaat
- te leren van elkaar
- veilige zorg te creëren en
- een veilige omgeving om dit met elkaar te kunnen delen.



Veiligheid en melden

Niemand zal het oneens zijn met de voorgaande basisprincipes en toch blijkt in de praktijk dat lang niet iedereen incidenten meldt vanwege onveiligheid. Dit kan op meerdere niveaus:

- **Individuele veiligheid:** iemand heeft een fout gemaakt of een incident is gebeurd door iets te doen of juist te laten. Ieder individu reageert daar op een eigen manier op. Het kan zijn dat iemand zich schaamt en er daardoor niet mee naar voren komt. Het kan ook zijn dat er een reflex is om het incident te verstoppen, het heeft dan niet bestaan. Anderen blijven er zelf mee rond lopen en zijn bang voor de mogelijke consequenties. Zo zijn er veel redenen waarom mensen niet melden. Het is belangrijk om hier zicht op te krijgen en mensen te helpen wel die drempel over te stappen.
- **Teamveiligheid:** niet elk team is een fijne omgeving waar begripvol wordt gereageerd op fouten of incidenten. Er zijn teams waarin medewerkers snel oordelen, zeker als één iemand veel meldt of veel fouten maakt. Een heel logische reactie is dan om maar niet te melden, dan komt het ook niet naar voren. Melden moet kunnen in een veilige omgeving, maar daar moet wel bewust aan gewerkt worden. Een teamleider of manager die normatief naar een medewerker reageert naar aanleiding van een incident kan een reden zijn voor de medewerker om de volgende keer niet meer te melden. Niet alleen het team, maar ook de MIC-commissie en de organisatie hebben hierin een taak.
- **Organisatieveiligheid:** veiligheid is ook in andere lagen van de organisatie van belang om goed te kunnen werken met MIC- en MIM-meldingen. Als in de top van de organisatie een afrekencultuur heerst, of de prestatiedrang hoog is, is het moeilijk om te erkennen dat soms dingen niet goed gaan of dat er nog werk aan de winkel is om met elkaar te leren. Ook daar moet het goede gesprek mogelijk zijn, vanuit respect en openheid.



3. Wat en wie

Wat is een incident?

We onderscheiden in de zorg de MIC- en de MIM-meldingen, meldingen rond incidenten en meldingen rond medewerkers. In dit stuk hebben we het vooral over de meldingen van incidenten in de zorg (MIC-melding).

Bij een incident is er iets onverwachts gebeurd, dat betrekking heeft op de kwaliteit van zorg, waardoor een cliënt schade heeft opgelopen, had kunnen oplopen of nog kan oplopen. Wanneer die schade ernstig of fataal is, is er sprake van een calamiteit.

De [Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg \(Wkkgz\)](#) gebruikt de volgende definitie van een incident:

'Een niet beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en heeft geleid, had kunnen leiden, of zou kunnen leiden tot schade bij de cliënt'.



Wie hebben een rol?

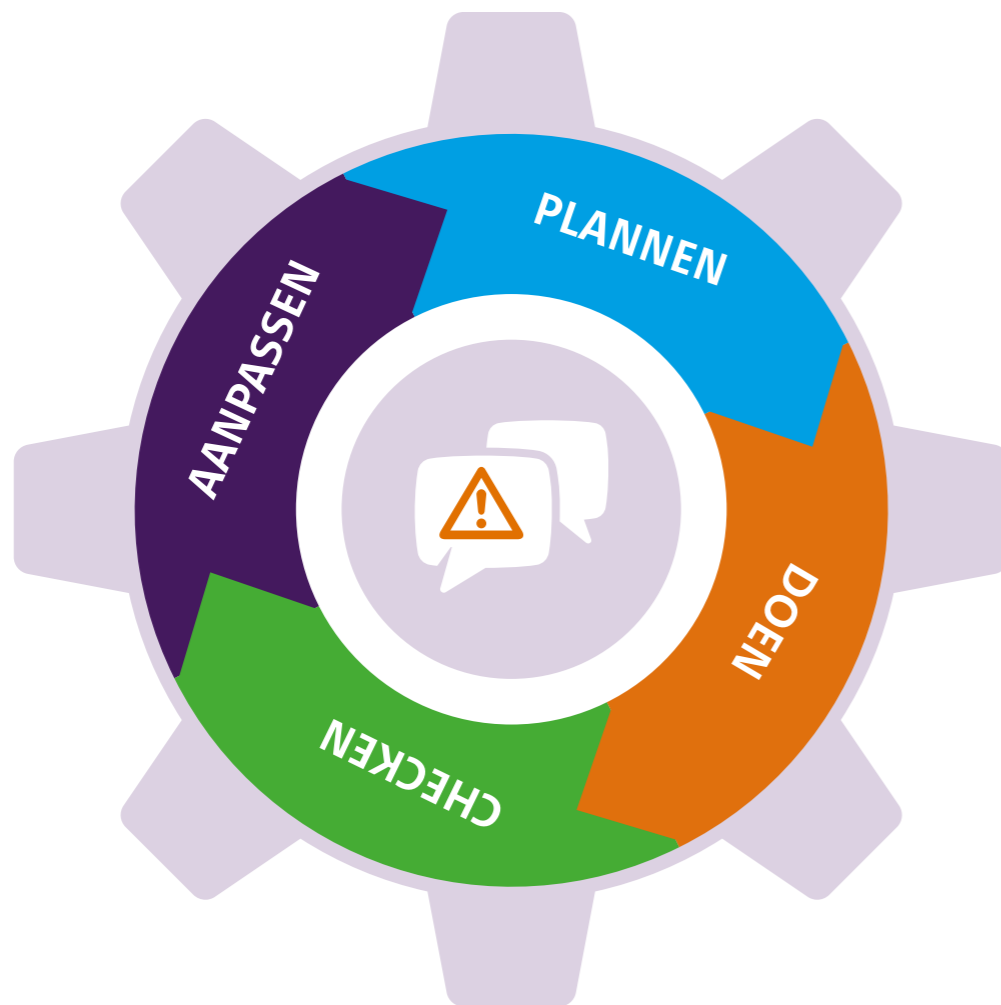
Hier beschrijven we kort wie welke rol kan hebben bij een incident en de afhandeling daarvan. Het is belangrijk dat deze rollen helder zijn en de bijbehorende taken zijn belegd. Zo weet iedereen wat hij of zij moet doen in deze procedure.

- **Medewerker / degene** die het incident heeft meegemaakt: deze persoon regelt de eerste opvang of zorg die nodig is, licht familie, collega's en leidinggevende in en maakt daarna de melding aan in het systeem.
- **Teamleider of andere verantwoordelijke/aandachtvelder in een team:** deze vangt de melder op en checkt of de nazorg na het incident goed is verlopen. De teamleider heeft overzicht van het aantal incidenten en de aard van de incidenten. Zo nodig bespreekt de teamleider het incident met de melder, het team of de familie.
- **Locatie manager:** de manager is verantwoordelijk voor het beleid dat nodig is om incidenten te voorkomen of voor voorwaarden die daarvoor nodig zijn. Bijvoorbeeld: onderhoud aan tilliften is goed geregeld, er zijn heldere afspraken zijn met ondersteunende diensten en dergelijke.
- **Staf/ kwaliteitsmedewerker/ kwaliteitsverpleegkundige, soms ook aandachtsvelder MIC:** vaak is dit degene die de meldingen van afdelingen/teams regelmatig bekijkt, analyses maakt van wat er nodig is en dit bespreekt met de teams in het teamoverleg en met de managers van die teams. Vaak is de kwaliteitsmedewerker of aandachtsvelder ook lid van de MIC-commissie. Deze commissie maakt overzichten en geeft aan waar aandacht voor nodig is intern.
- **MIC-commissie:** in deze groep komen meerdere personen bij elkaar die de meldingen bespreken om de grote lijnen hierin te ontdekken, te analyseren en ervan te leren. De commissie bestaat vaak uit een afvaardiging van de afdelingen/teams, een teamleider, een stafmedewerker en mogelijk een arts.
- **Directie:** bespreekt met de inspectie het verslag van de meldingen en de analyses van de oorzaken en de ingezette verbeteringen en resultaten hiervan. Ook is dit onderdeel van het kwaliteitsverslag. Dit wordt jaarlijks gepubliceerd en is openbaar toegankelijk.





4. Werkwijze



De methode van werken met meldingen ondersteunt als het goed is ook het leren van de incidenten. We gebruiken als methodiek voor leren en verbeteren vaak de kwaliteitscirkel, de PDCA (of PDSA) als hulpmiddel. De stappen staan voor Plannen, Doen, Checken en Aanpassen. Door het systematisch gebruiken van deze stappen leren medewerkers en organisaties hun eigen processen te sturen en te bewaken.

Als we de kwaliteitscirkel vertalen naar de MIC-werkwijze gaat het dan om de volgende onderdelen:

- 1 **Visie en beleid voor de organisatie** rond MIC opstellen (plan fase)
- 2 **Medewerkers melden** (do fase)
- 3 **Meldingen verzamelen en ordenen** (TL/ evv/ kvp/ staf)
- 4 **In het MIC-team bespreken** met (deelnemers) (frequentie) MIC's.
Dit met als doel:
 - zijn meldingen bekend bij teamleiders? (weten ze wat er speelt in hun team?)
 - is er goed gehandeld in de opvolging
 - wat leren we hiervan?
 - wat leggen we vast/ waarom/ overzichten**In de MIC-commissie** bespreken (vaak 1 x per kwartaal)
Dit met als doel:
 - wat valt op aan de meldingen (meer/ minder/ anders)
 - zijn de juiste maatregelen genomen**In het kwaliteitsoverleg van de organisatie** (1 x per jaar)
 - terugkijken en vooruitkijken naar aanleiding van trends in meldingen
 - zijn de juiste maatregelen genomen, wat hebben we ervan geleerd
- 5 **Terugkoppeling** lessen of aandachtspunten door teamleiders/ voorzitter MIC-commissie; laten zien dat er daadwerkelijk iets gebeurt als je meldt als zorgmedewerker en of de voorgestelde of uitgevoerde acties echt helpen. (check fase)
- 6 De overzichten/analyses van de teams worden ook besproken in de **MIC-commissie**. Zij komen meerdere keren per jaar bij elkaar en onderzoeken trends en geven adviezen aan MT/bestuurder.
- 7 **Beleid aanpassen zo nodig of bijsturen** en opnieuw monitoren of de aanpassingen leiden tot het gewenste resultaat (aanpas fase)





Analyses maken

Een belangrijk onderdeel in de werkwijze en bij het leren van incidenten is het analyseren van het incident. Dit is voor velen die werken met MIC's een lastig onderdeel. Er zijn daarom verschillende analysetools en hulpmiddelen ontwikkeld, verschillend van opzet en van zwaarte.



5 x Waarom methode geschikt voor medewerkers en teams

Het doel van deze methode is te achterhalen waarom er iets mis ging. De werkwijze is om steeds een stapje dieper te kijken naar oorzaken die ten grondslag liggen aan het incident of aan het maken van fouten. Dit gebeurt door 5 x de vraag waarom te stellen bij het incident.

Voorbeeld: er is een fout gemaakt bij het uitdelen van medicatie

Waarom ging het fout?

Antwoord: de medewerker was gehaast en heeft daardoor vergeten medicijn te geven

Waarom was de medewerker gehaast?

Er was te weinig personeel en ze had het te druk

Waarom was er te weinig personeel?

Deze maand veel zieken

Waarom waren er deze maand veel zieken?

Vanwege overbelasting

Waarom is er overbelasting?

Op deze manier komt er meer naar voren dan puur het vergeten van de medicatie, maar blijkt ook dat er op teamniveau of organisatieniveau iets anders nodig is om echt veilige zorg te kunnen leveren.





Basismodel: oorzaken classificatie

geschikt voor teams/ locaties

Doel van dit model is de oorzaken van een incident in kaart brengen. Dit helpt om meer inzicht te krijgen in maatregelen die dit kunnen voorkomen. Het kan ook helpen om beter te kijken naar de gehele situatie rond een incident. Dit model is gebaseerd op de basis prisma methode. Dit model ordent vier groepen oorzaken die van belang zijn bij het analyseren van een melding van een incident. Het kan dan gaan om oorzaken die liggen op het gebied:

- Organisatorisch
- Technisch
- Medewerker
- Cliënt

Het model biedt per onderdeel hulpvragen om verder te kijken naar een mogelijke oorzaak. Als bij een analyse blijkt dat er erg veel oorzaken liggen op bijvoorbeeld het technisch gebied, is het zaak om daar acties op te ondernemen en dit te monitoren. Soms ook zijn meerdere oorzaken tegelijkertijd van belang.

Bijvoorbeeld: een bewoner is uit de tillift gevallen

- technisch bleek dat de tillift al lang niet meer onderhouden was en daardoor een verbinding niet meer goed werkte;
- de medewerker had ook al lange tijd niet meer met een tillift gewerkt en ervaaarde dat zelf als eng;
- de cliënt reageert bij een onzekere zorgverlener door extra bewegingen te maken. Hierdoor schommelde de tilmat extra.

Deze manier van kijken helpt om breed te onderzoeken wat er echt heeft gespeeld tijdens het incident. Vaak is het een complexer geheel dan wanneer alleen op één oorzaak wordt gefocust.

Prisma analyse / Prisma light

Bij een groter incident vraagt de inspectie om een uitgebreide en uitgewerkte analyse, met diverse stappen. Dit wordt dan ook uitgebreid vastgelegd ter verantwoording naar buiten. Een prisma-analyse vraagt veel tijd en tijd van meerdere medewerkers.

Een prisma light is een iets minder intensieve werkwijze.

PRISMA staat voor: Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis. De hele methode bestaat uit:

1. Basisoorzakenanalyse
2. Classificeren van de basisoorzaken
3. Nemen van verbetermaatregelen.

Als er iets misgaat, is daar altijd een keten van gebeurtenissen aan voorafgegaan, waardoor het uiteindelijke incident is ontstaan. De PRISMA-methode vraagt om een objectieve, feitelijk en systematische manier van denken en vragen stellen. De PRISMA-methode brengt het ontstaan van een incident in beeld in de vorm van een oorzakenboom. Je pluist het incident uit en rangschikt de verzamelde feiten naar oorzaken, naar oorzaken achter die oorzaken en zo verder tot je uiteindelijk de basisoorzaken vindt. Door daar vervolgens iets aan te doen, pak je het probleem bij de wortels aan.





5. Blijven leren

Het melden, het analyseren en het leren van meldingen is een met elkaar verbonden geheel van acties. Als dit goed georganiseerd is, is het ook geborgd in het geheel van veilig werken in de organisatie. Uit de ervaringen in de praktijk blijkt dat het discipline vergt om dit te blijven doen en analysevaardigheden die er niet altijd zijn.

Hulpvragen

Enkele vragen daarom tot slot om echt te blijven leren van incidenten.

Cultuur

- Is er een lerende cultuur? Geeft het management het goede voorbeeld? Wat betekent dit voor de medewerkers? Voelt een medewerker zich bij incidenten gesteund door leidinggevende/het management van de organisatie?
- Hoe zit het met de meldingscultuur?
- Ervaren medewerkers het als zinvol om te melden? Kun je hier iets in verbeteren?
- Spreken mensen elkaar intern aan én is daarbij de gewenste kwaliteitsnorm in de organisatie duidelijk?

Hoe verbeteren

- Leert men actief van fouten en hoe is men bezig met verbeteren? Bijvoorbeeld door regelmatig een zorgplan te pakken en te scannen op (mogelijke) incidenten?
- Vragen medewerkers en management zich regelmatig af wat er niet goed is gegaan en waarom niet? Hetzelfde kan ook met wat er wel goed is gegaan en hoe men dit kan vasthouden.
- Wordt er aan risico-inschatting gedaan op individueel cliëntniveau?
- Worden de verbetermaatregelen geïmplementeerd, niet alleen op één afdeling, maar op alle locaties?

Hoe vasthouden

- Is er zicht op het blijvend vasthouden van verbeteracties, ook bij veel verloop en veel zieken?
- Is er ondersteuning voor de teams of MIC's in de vorm van een ondersteunende kwaliteitsmedewerker of kwaliteitsverpleegkundige?

Wat levert het op?

We proberen in de zorg zo min mogelijk bureaucratisch te werken. Meldingen van incidenten worden nogal eens gezien als extra ballast voor de medewerkers. Daarom zijn er verschillende systemen ontwikkeld die vaak gekoppeld zijn aan het eigen intranet waarmee medewerkers hun meldingen kunnen vastleggen. Deze systemen zijn bedoeld om het melden zo simpel mogelijk te maken. Tegelijkertijd worden deze systemen ook direct gebruikt voor de overzichten en de analyses op team- of organisatieniveau. Hierdoor wordt er vaak veel informatie gevraagd rond het incident. Ook wordt de melder soms gevraagd het waarom van het incident kort te analyseren. Dit is niet voor iedereen even helder of ook niet altijd simpel aan te geven. Het is ondanks deze barrières belangrijk om de melding toch te doen, en er naderhand uitleg bij te geven indien nodig. Niet alleen het melden zelf is van belang, maar ook is het voor de melder van belang dat hij terughoort wat er gebeurt met de melding. Dit geeft betekenis aan het nut van melden en de bijdrage die de medewerker levert in het leren en verbeteren in de organisatie.

Op basis van meldingen wordt gehandeld, soms meteen, soms op wat langere termijn:

- **Korte-termijnacties:** het incident had met wat extra aandacht voorkomen kunnen worden. Dat is dan snel duidelijk voor iedereen. Ook als er geen consequenties waren voor de bewoner of de medewerker maakt dat uit. De melding is dan een vinkje in het overzicht (bijvoorbeeld zoveel meldingen rond medicatie dit kwartaal/ meer of minder dan vorig kwartaal).
- **Middellange-termijnacties:** er is iets meer nodig om de veiligheid van de zorg beter te regelen. Er blijken knelpunten in de personele bezetting of veel wisselingen te zijn. Hoe kan hier snel een oplossing voor gevonden worden? Of een hulpmiddel is kapot en moet snel gerepareerd worden.
- **Lange-termijnacties:** uit de analyses kan ook een trend blijken in de meldingen, bijvoorbeeld meer agressie-incidenten. Het kan dan nodig zijn om scholing aan te bieden hoe men hiermee kan omgaan.

Uiteindelijk levert het systematisch werken aan en met incidenten veilige zorg op voor iedereen.





6. Calamiteiten

Tot slot nog een paragraaf over het omgaan met calamiteiten. Hopelijk is dit niet nodig, maar zo wel dan benoemen we hier de stappen kort op een rij.

Definitie

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) gebruikt de volgende definitie voor een calamiteit in de zorg:

'Een niet beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid.'

Wanneer melden?

Vanuit de wet Wkkgz is voor de organisatie melding bij de inspectie wettelijk verplicht bij drie zaken:

1. Calamiteiten

2. Geweld in de zorgrelatie.

Dit wordt erg weinig gemeld terwijl de verwachting is dat het veel voorkomt nu de doelgroep complexer wordt en er meer probleemgedrag voorkomt. Door het geringe aantal meldingen is er landelijk geen duidelijk beeld van wat er speelt in de ouderenzorg (complexiteit, onbegrepen gedrag).

3. Ontslag bij disfunctioneren.

Gebeurt dit niet dan kan de organisatie een bestuurlijke boete krijgen. We bespreken hier alleen de calamiteiten, al is de route voor het melden van geweld in de zorgrelatie hetzelfde. Ontslag bij disfunctioneren kent een andere meldingsroute.

Werkwijze

1. Als er sprake is van een calamiteit moet dit binnen 3 werkdagen gemeld worden aan de IGJ.
2. Als nog niet duidelijk is of het een calamiteit is:
 - a. Bij twijfel kan meteen gemeld worden.
 - b. Eerst zelf onderzoek doen (binnen 6 weken).
Als blijkt dat het een calamiteit is, dan alsnog binnen 3 werkdagen (vanaf het moment dat duidelijk is dat het calamiteit is) melden.
3. Na melding verder onderzoek:
 - a. Acht weken de tijd.
 - b. Rapport naar inspectie.
4. Inspectie beoordeelt:
 - a. Of het onderzoek zorgvuldig is gedaan.
 - b. Of betrokken cliënt(vertegenwoordiger) of nabestaanden zijn betrokken en geïnformeerd.
 - c. Of getroffen maatregelen voldoende zijn. Zowel zorgorganisaties als burgers kunnen melden. Hier gaat het alleen over meldingen door zorgorganisaties.





Checklist MIC procedure teams



Locatie:

Datum:

Verantwoordelijke:

Wat	Eindverantwoordelijk	Ruimte voor opmerkingen	Cijfer 1-5
1. Procedure is duidelijk voor iedereen			
Wanneer meld je			
Hoe meld je			
Wie doet wat? (zelf in te vullen item)			
2. De cirkel is rond (melden, analyse, leren, bijstellen)			
Op teamniveau stappen zijn duidelijk			
- melden			
- analyse			
- leren			
- bijstellen			
MIC-commissie			
- is bekend			
- rapporteert terug			
- we leren met elkaar			
Systeem			
- is bekend			
- niet te moeilijk/makkelijk			
- bijstelling nodig			
3. Meerwaarde is helder			
Ik weet waarom ik meld			
Het team weet waarom melden belangrijk is en leert ervan			
We zien dat de organisatie iets doet met de meldingen			
4. Aandachtspunten voor toekomstig beleid zijn helder			



Checklist MIC procedure organisatie



Locatie:

Datum:

Verantwoordelijke:

Wat	Eindverantwoordelijk	Ruimte voor opmerkingen	Cijfer 1-5
1. Procedure is vastgelegd en actueel			
Het is goed vindbaar			
Het is bekend bij medewerkers			
Niet langer dan 1 jaar geleden vastgesteld of bijgesteld (zelf in te vullen item)			
2. De cirkel is rond (melden, analyse, leren, bijstellen)			
Op teamniveau			
- melden			
- analyse			
- leren			
- bijstellen			
MIC-commissie			
- aantal meldingen			
- analyses			
- leren			
- bijstellen			
Organisatie			
- aantal meldingen			
- analyses			
- leren			
- bijstellen			
Systeem			
- is functioneel/moeilijk/makkelijk			
- bijstelling nodig			



Checklist MIC procedure organisatie



Locatie:

Datum:

Verantwoordelijke:

Wat	Eindverantwoordelijk	Ruimte voor opmerkingen	Cijfer 1-5
3. Ervaren meerwaarde is helder			
Voor medewerkers			
Voor teams			
Voor organisatie			
Voor verantwoording b.v. IGJ/ ZK			
4. Aandachtspunten voor toekomstig beleid zijn helder			
5. (Zelf toe te voegen items)			



Colofon

Auteurs

J.Mast, I. de Bonth
(adviseurs/ coaches Vilans, Waardigheid en trots op locatie)

Bronnen:

brochures

[Brochure 'Calamiteiten melden aan IGJ'](#) | Brochure |
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
[Melden incidenten verpleeghuizen](#) | Verpleeghuiszorg |
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (igj.nl)
[Klacht over zorg of jeugdhulp?](#) Het Landelijk Meldpunt Zorg |
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (igj.nl)

boeken

PRISMA Praktisch Tijdig leren van (bijna-)incidenten
Ingewiets Hemmes en Pauline Zweekhorst 2014, MedInsight B.V.

5-delige Reeks Veiligheid in zicht, Triaspect, Nijmegen, 2009,10,11,12,13

Vormgeving

Taluut

Mei 2022

Waardigheid en Trots

Postbus 19188
3501 DD Utrecht

www.waardigheidentrots.nl

 @Waardigentrots

 www.facebook.com/waardigheidentrots

 www.linkedin.com/company/waardigheidentrots

