Protocol Leren & Verbeteren nav (bijna) incidenten

Incidenten worden niet meer in het incidentsysteem gemeld. In plaats daarvan spreken verpleegkundigen en artsen elkaar direct aan bij (bijna) incidenten. Daarbij analyseren zij zelf incidenten en initiëren passende verbeteracties.

Bij kleine, geen schadelijke situaties in de patiëntenzorg, wordt de situatie teruggekoppeld aan de betreffende collega('s), een melding gemaakt op het verbeterbord, en/of direct opgepakt. Meldingen op het verbeterbord worden 1x per week besproken door het op dat moment aanwezige team en verbeteracties uitgezet. Zo is inzichtelijk welke verbeteracties worden opgepakt én door wie, waardoor kleine, maar belangrijke, aandachtspunten sneller worden opgepakt en opgelost in plaats van te verdwijnen in de waan van de dag. Deze aanpak vergroot de slagkracht en effectiviteit van de kwaliteitsverbeteringen. Meldingen en de bijbehorende acties blijven 30 dagen op het bord staan, zodat iedereen binnen het team hiervan op de hoogte is.

Bij ernstige incidenten wordt een PRISMA-analyse (Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis) uitgevoerd om oorzaken van het incident te achterhalen. Deze analyse kan door verpleegkundige en/of arts uitgevoerd worden, waarbij altijd de teamleider op de hoogte wordt gebracht. Hierbij kan ondersteuning van de kwaliteitsfunctionaris worden gevraagd. Daarnaast worden afhankelijk van de situatie de afdelingsleiding op de hoogte gebracht en een melding gemaakt bij specifieke commissies, zoals de medicatiecommissie en beademingscommissie. Bij verdenking op een calamiteit wordt de calamiteitenprocedure doorlopen.

Vragen & antwoorden over het verbeterbord

1. **Welke voorbereidingen voor de start van het verbeterbord?**

- Informeren hoe en waar incidenten te melden: Kleine incidenten worden door verpleegkundigen en artsen zelf opgepakt, eventueel met de kwaliteitsfunctionaris en teamleider. De eerste stap is het bespreken ervan met collega's. Afhankelijk van de ernst van het incident wordt dit besproken met de teamleider en gemeld bij de commissieleden van de betreffende gebieden of bij afdelingsleiding.
- Inventariseren of er voldoende kennis is over het verbeteren van zorg met behulp van PDCA-cyclus
- Gesprekken met commissies en experts betrokken bij indicatoren die komen te vervallen (bv DIM/VIM-commissie) of gecontinueerd worden (aandachtsvelder decubitus, comfortgroep);
- Informeren van medewerkers andere afdeling waar ze IC-gerelateerde incidenten kunnen melden (bij wie; bijvoorbeeld één intensivist)
- Tip: het introduceren van de presentatie door een of twee verpleegkundigen uit het team, als multidisciplinair dan arts met verpleegkundige.

2. **Bestellen en ontwerpen verbeterbord**

   Afmetingen verbeterbord: 150cm(breed)x100(hoog) OF 200cm(breed)x100(hoog).
   Bij de 150 cm is er minder uitgebreide schrijfruimte, maar ook dit past prima. Ivm beperktere ruimte in koffiekamer is op een afdeling voor de kleinere versie gekozen.
   Volgorde van tekst: Datum - Naam - Verbeterpunt of nieuw idee - Doel – Actie - Wie – Status

Daarnaast is er de mogelijkheid voor een resultatenbord (niet ieder team maakt hier gebruikt van), afmetingen: 60cm(breed)x90(hoog). Op het resultatenbord kunnen bepaalde nieuwe afspraken of resultaten vanuit een verbetering opgeschreven worden.
De belettering kan door een externe drukker gemaakt worden

3. **Hoe het team te scholen rondom PDSA-cyclus?**
   Het is fijn als enkele collega's (bijvoorbeeld degene die voorheen de DIM/VIM analyseerde), een kwaliteitsfunctionaris of leidinggevenden, kennis hebben over een PDSA cyclus en analyses, en in de opstart fase het team kunnen begeleiden in het bespreken van het verbeterbord. Tijdens eerdere implementaties zijn er geen extra scholingen georganiseerd.

4. **Hoe kunnen andere afdelingen een melding maken over de IC?**
   Andere afdelingen kunnen geen melding meer maken via het huidige systeem. Zij hebben (telefonisch) contact op te nemen met de IC. In het begin verloopt deze nieuwe werkwijze stroef, maar geeft op lange termijn verbetering in de samenwerking

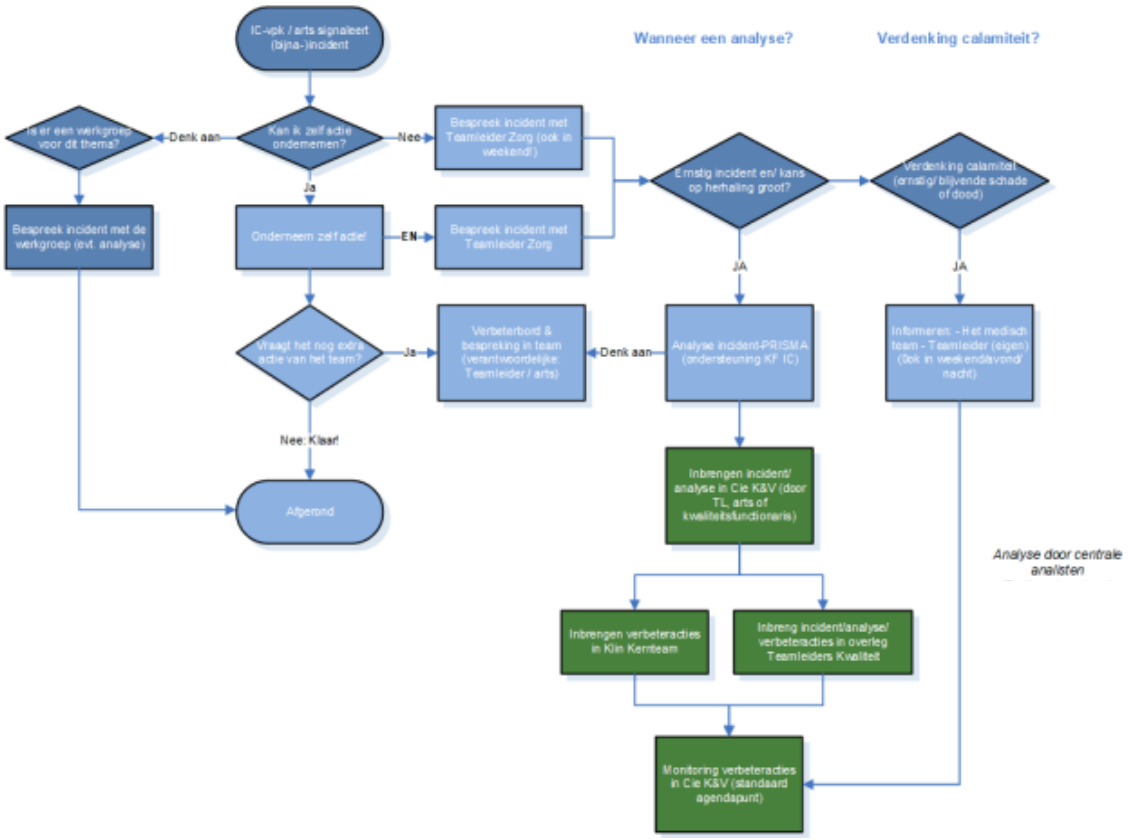
5. **Hoe zorg je voor een trend?**
   Er worden geen trends bijgehouden. Als een bepaald probleem terugkeert op het bord, dus niet opgelost is, wordt dit door het team opgemerkt en ontstaat er een gesprek over wat dan wel de passende actie is.

6. **Hoe weet je nou of je actie gewerkt heeft, wie houdt dit in de gaten?**
   Actiepunten staan 30 dagen op het verbeterbord, waardoor het volledige team hiervan op de hoogte is. Doordat er meer betrokkenheid is rondom kwaliteit en veiligheid, is het gewenste effect wel of niet zichtbaar voor alle collega's. Mocht de verbeteractie niet werken, kan het probleem terug naar het verbeterbord, voor een andere oplossing.

7. **Hoe pak je incidenten met schade voor de patiënt aan?**
   Hier wordt een (PRISMA)analyse gemaakt door verpleegkundige en/of arts, waarbij altijd de teamleider op de hoogte wordt gebracht (zie routekaart: Incident melden). Afhankelijk van de ernst van de situatie wordt de afdelingsleiding op de hoogte gebracht en een melding gemaakt bij specifieke commissies, zoals de medicatiecommissie en beademingscommissie.

8. **Hoe communiceer je tussen de afdelingen?**
   Contact opnemen; telefonisch, fysiek of per mail. Dit bevordert de samenwerking.

9. **Hoe voorkom je dat er incidenten gemist worden?**
   Vanuit de regionale implementatie van ZIRE wordt er door zorgverleners meer betrokkenheid ervaren rondom kwaliteit en veiligheid.

10. **Hoe houdt je overzicht?**
    Dit is een gezamenlijk proces. Als problemen niet opgelost zijn, dan keren ze terug op het verbeterbord en wordt dit door het team opgemerkt.

Routekaart: Incident melden – hoe te handelen IC