

# Openheid en leren van elkaar

Tips n.a.v. de intervisie bij Q-Consult Zorg op 26 maart 2019

Hoe kunnen zorgorganisaties écht leren van incident- en calamiteitenonderzoek? Welke analysemethoden zijn er en welke kun je wanneer inzetten? Wat zijn de meest voorkomende basisoorzaken? Uit onze intervisiebijeenkomst zetten wij de tips en tricks op een rij.

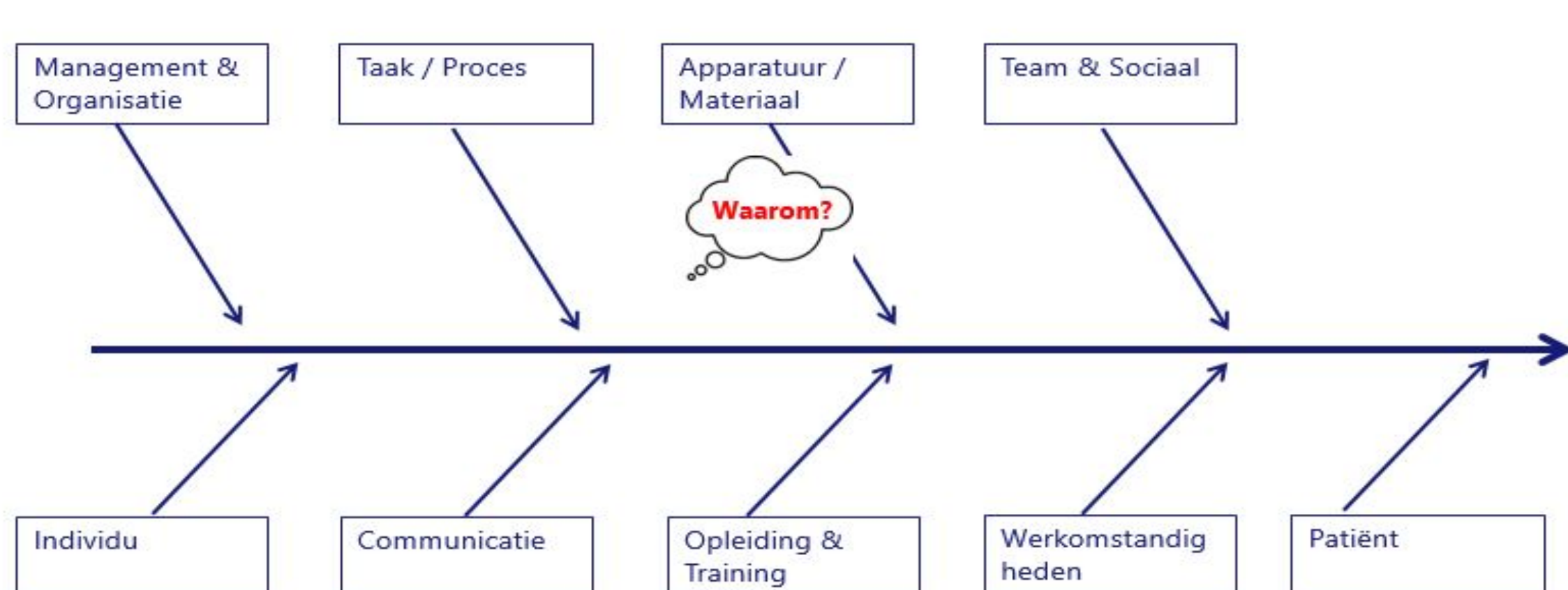
## Analysemethoden

### Oorzakenboom

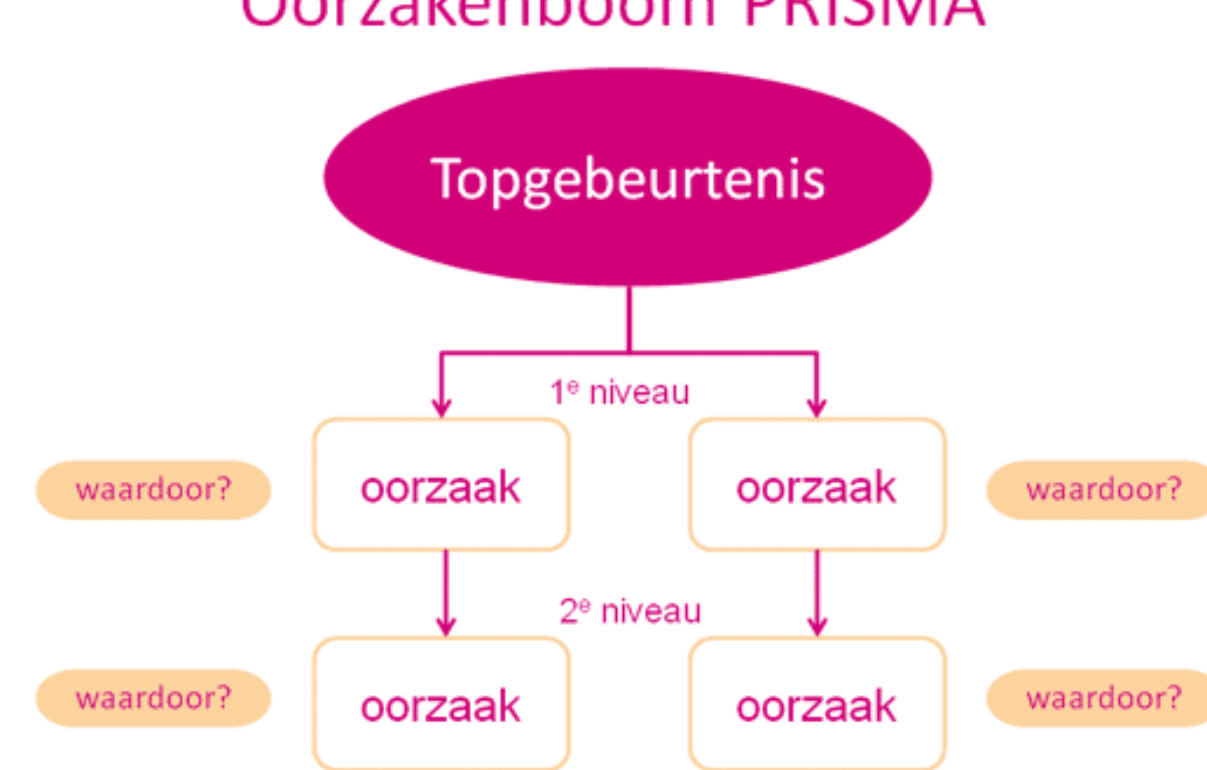
Geeft de gebeurtenissen in een logische volgorde weer voorafgaand aan een incident of calamiteit. Dit beperkt de scope en helpt om relevante punten naar voren te laten komen.

**Toepassing:** Om de oorzaak-gevolg relatie aan te geven en in de juiste volgorde te plaatsen. Hierdoor volgen automatisch de basisoorzaken.

**Lastig:** Het vaststellen van de hoofdtakken.



### Oorzakenboom PRISMA



### Visgraat

Werkt als een gestructureerde braindump voor alle informatie die gedurende het onderzoek is verkregen. Handig bij een (complex) incident waar niet direct duidelijk de oorzaken aan te wijzen zijn.

**Toepassing:** Om incident uitgebreid te bekijken (in brede scope) op oorzaken. Helpt om verder te kijken dan de op voorhand liggende oorzaken en biedt plaats voor positieve factoren.

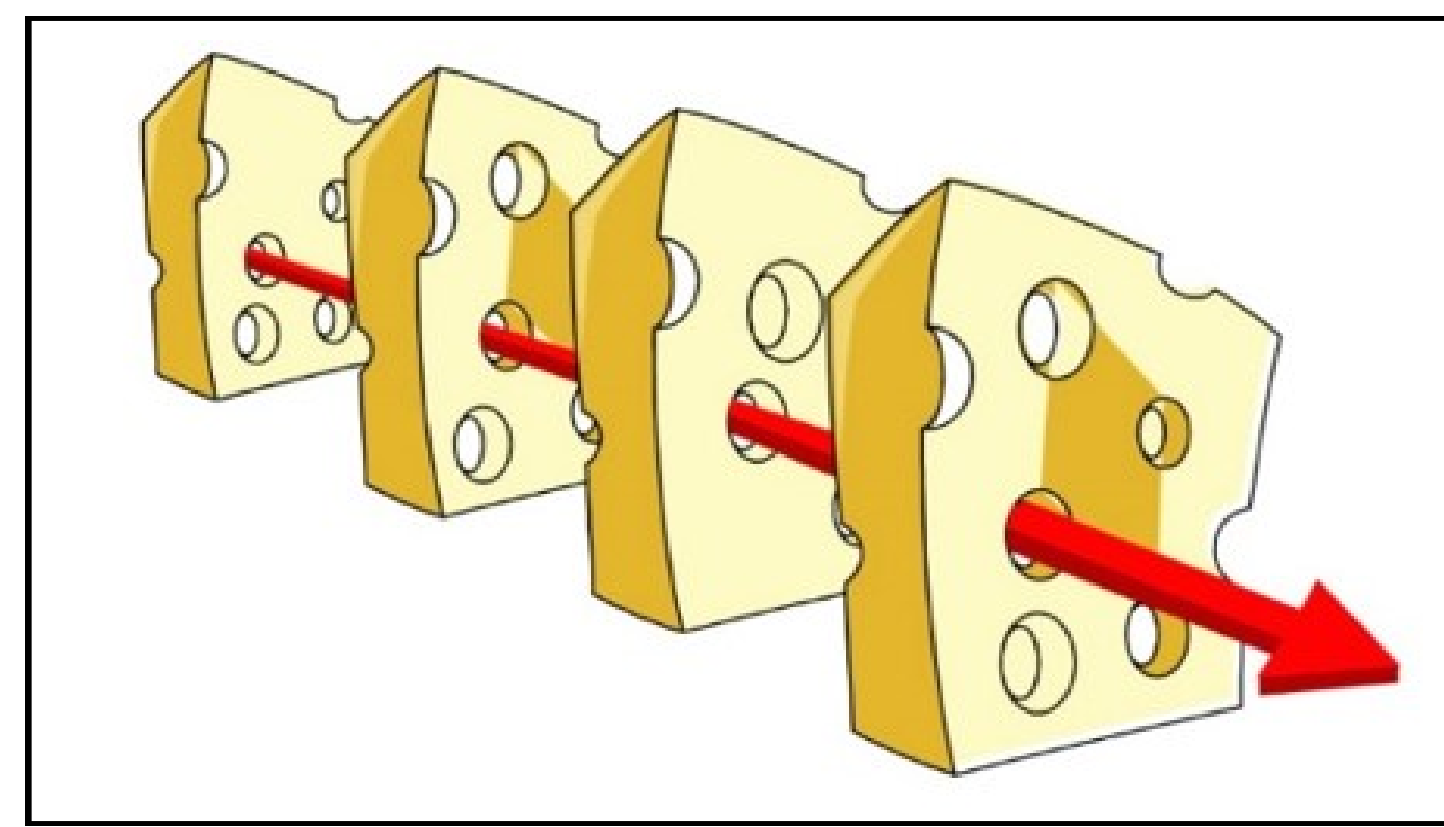
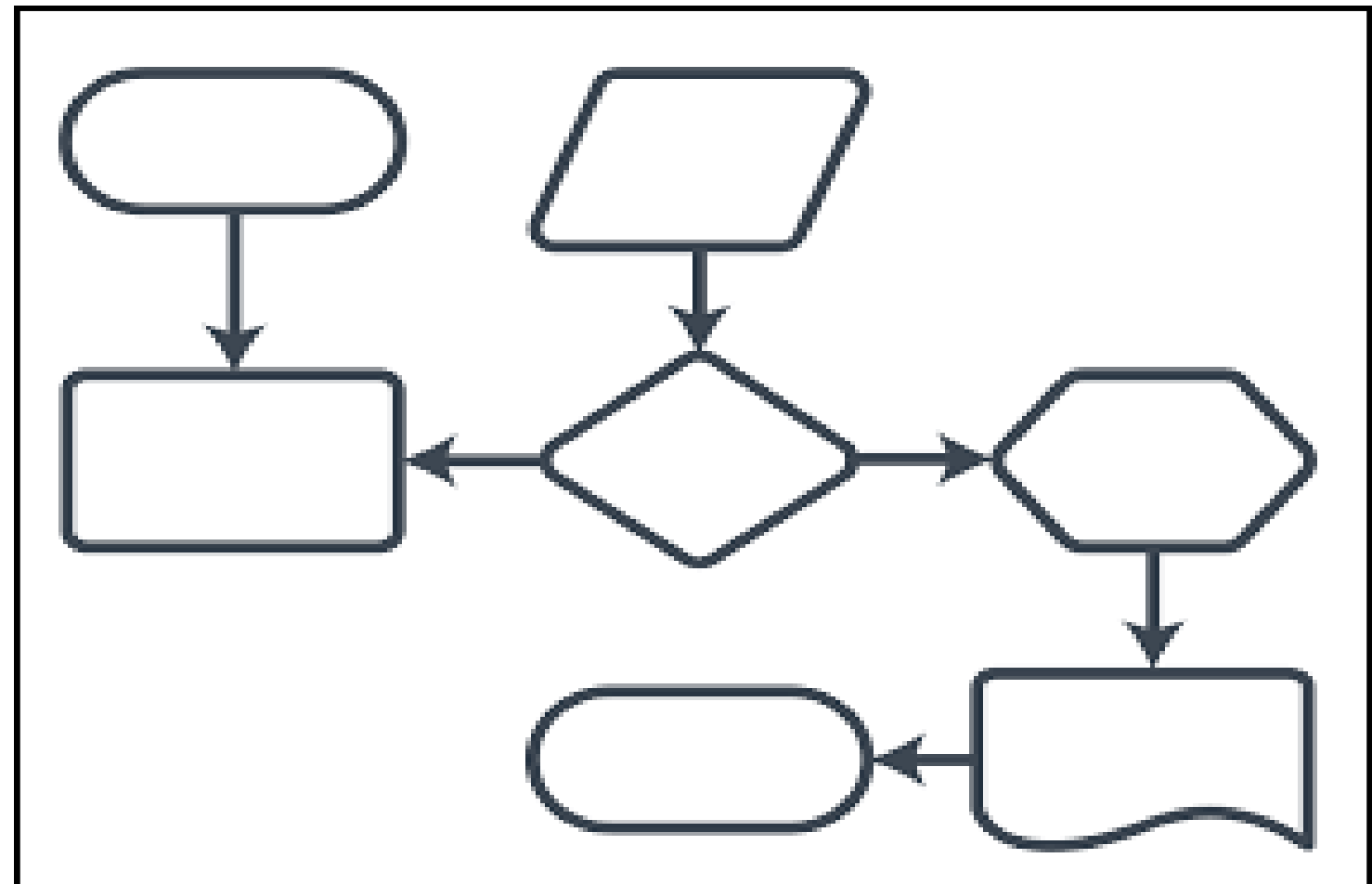
**Lastig:** Juiste taxonomie kiezen en uiteindelijk bepalen van de basisoorzaken.

### Barrièreanalyse

Werkt als een checklist waar je per barrière kijkt of deze tijdens het incident werkte/faalde en wat mogelijk het effect daarvan op het incident was.

**Toepassing:** Wanneer een incident is ontstaan ondanks het feit dat er van te voren al veel barrières zijn ingericht om het incident te voorkomen. Tijdtechnisch een snelle methode.

**Lastig:** Te simpele conclusies trekken door eenvoud van de methodiek. Focus op barrières kan leiden tot het over het hoofd zien van andere factoren.



### Procesveranderingsanalyse

Analyseert de gevolgde processtappen en onderzoekt per processtap hoe deze in de praktijk is gezet (versus protocol) en wat mogelijk het effect daarvan op het incident was.

**Toepassing:** Als er een duidelijk en actueel proces/procedure is waarin het incident heeft plaatsgevonden.

**Lastig:** Te simpele conclusies trekken door eenvoud van de methodiek. Sommige situaties zijn niet in processen samen te vatten.

## Safety I en Safety II

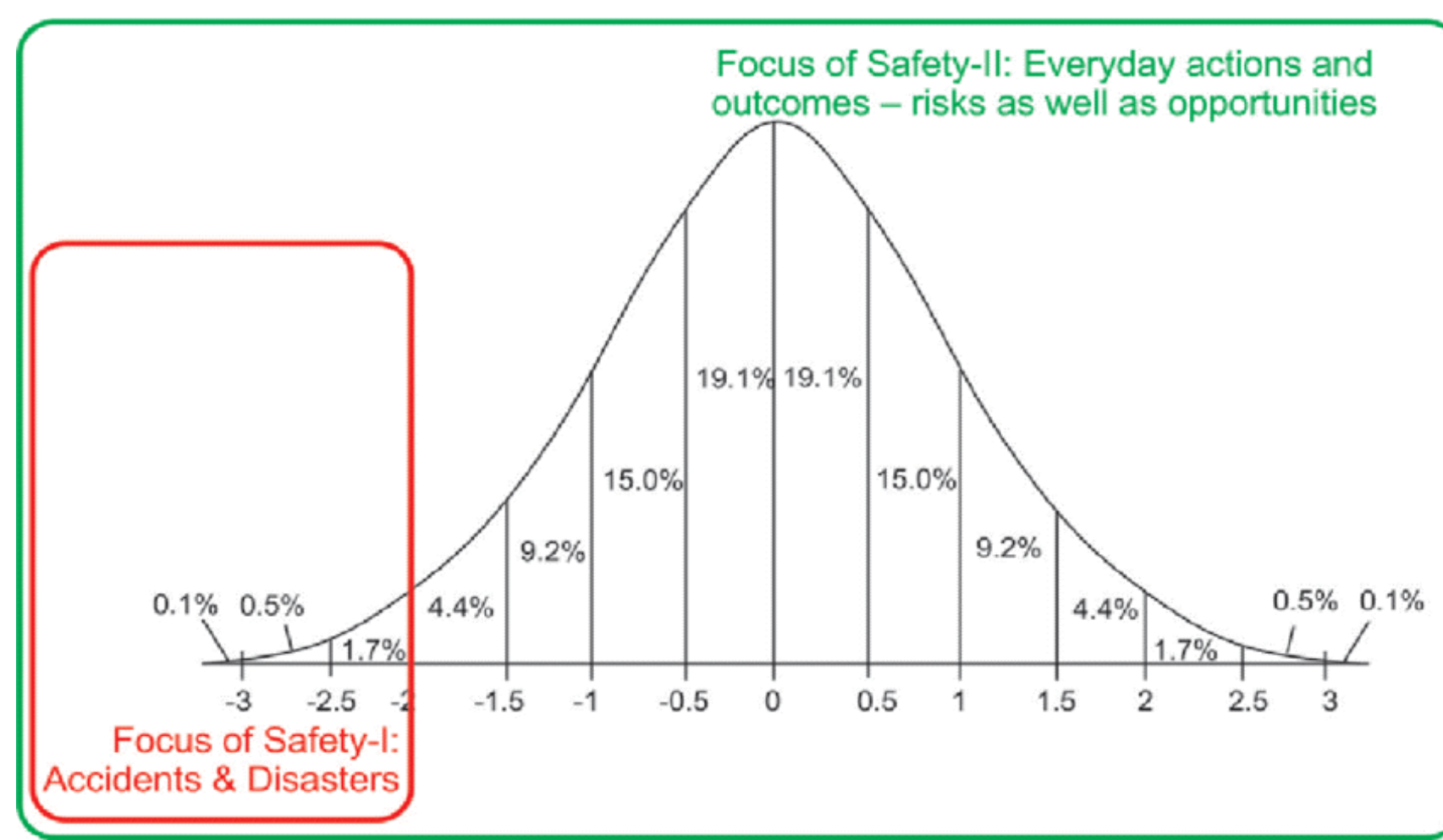
Safety I en Safety II zijn twee verschillende benaderingen om te kijken naar veiligheid van zorg.

### Safety I

Safety I representeert de linkerkant van de normaalverdeling. Hierbij wordt er gefocust op incidenten of calamiteiten (dat wat niet goed is gegaan). Beheersmaatregelen worden bedacht om de basisoorzaken te verbeteren of te voorkomen.

### Safety II

Bij Safety II wordt er naast de linkerkant ook gekeken naar de rechterkant van de normaalverdeling. Dit deel representeert de keren dat een handeling goed of goed genoeg gaat. Wat maakt dat in een zelfde proces, met dezelfde professionals en middelen, het goed (genoeg) is gegaan?

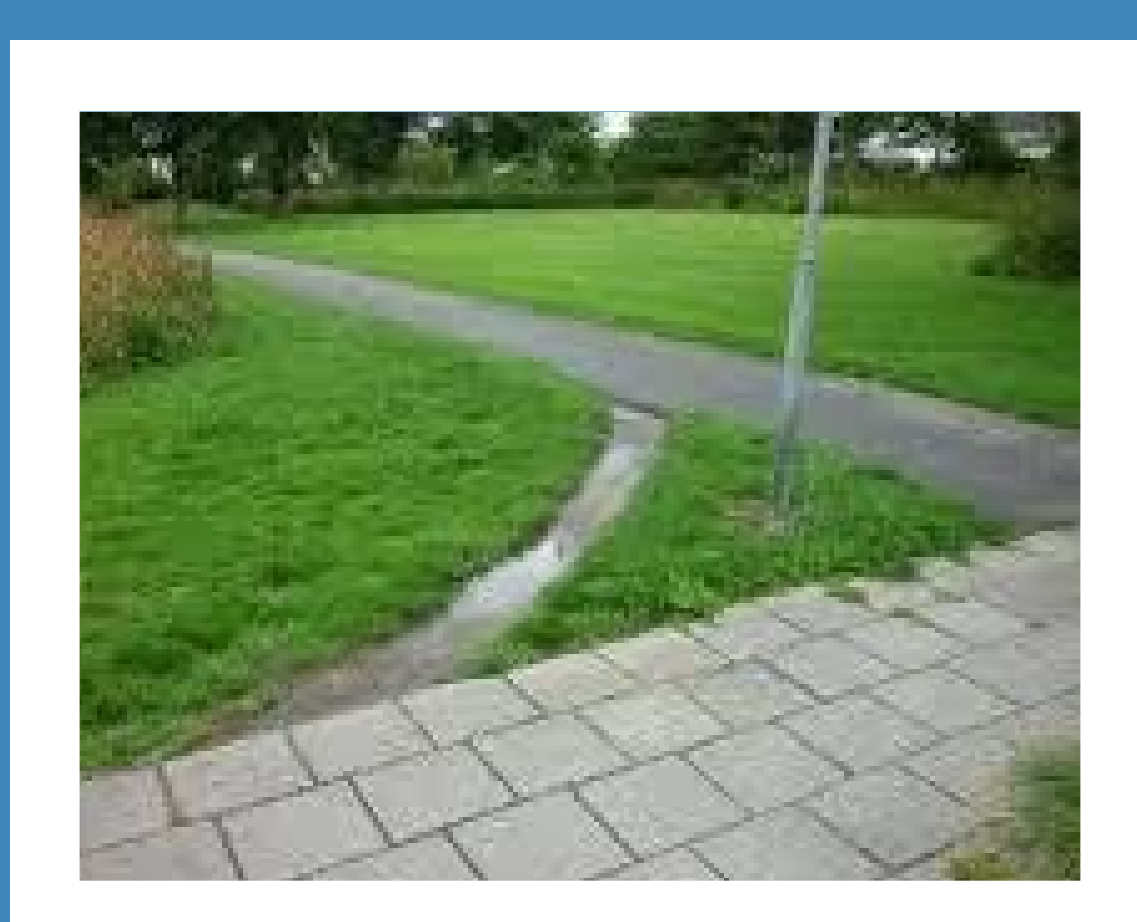


### Combinatie

Door naar beide kanten van de normaalverdeling te kijken, kan er worden geleerd van wat er goed gaat en kunnen er werkbare beheersmaatregelen worden geïmplementeerd die beter aansluiten bij de praktijk.

Safety I	Safety II
<ul style="list-style-type: none"> <li>Focus op achterhalen van oorzaken van fouten en afwijkingen van geldende procedures</li> <li>Retrospectief/ reactief risicomanagement</li> <li>Veiligheid als een lineair proces</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Focus op werkvloer:</li> <li>Dagelijkse bezigheden</li> <li>'Good practices'</li> <li>Routines</li> <li>Gewoontes</li> <li>Gebruiken</li> <li>Interacties</li> </ul>
Safety-I: focus op procedures en fouten	Safety-II: leren van wat oké gaat

### Voorbeeld



Safety I en II kunnen we toepassen op het reageren op een olifantenpad. Als er een olifantenpad is ontstaan, zou de Safety I gedachte beheersmaatregelen inzetten die voetgangers dwingt via het originele, stenen pad te lopen. Zo kunnen er bijvoorbeeld hekken langs de zijkant worden neergezet om te voorkomen dat voetgangers het olifantenpad nemen.

De Safety II gedachte daarentegen erkent dat het olifantenpad blijkbaar werkt in de praktijk en misschien een beter alternatief is dan het originele pad. Bij Safety II wordt er vervolgens geanalyseerd hoe we voetgangers veilig via dit pad kunnen laten lopen. Met andere woorden: hoe wordt dit pad op een veilige manier gebruikt en welke beheersmaatregelen moeten daarvoor worden genomen? Zo zou het pad bijvoorbeeld kunnen worden verhard.

## Meest voorkomende basisoorzaken



De meest voorkomende basisoorzaken van calamiteiten en incidenten schuilen in (onduidelijke) communicatie en overdrachtsmomenten. Daarnaast zijn cultuur en patiënt gerelateerde oorzaken van belang.

Manieren om hier mee om te gaan is onderzoeken hoe deze oorzaken tijdens het incident afweken van de gemaakte afspraken. Ook kan er worden bedacht wat er anders kan om afspraken zo goed mogelijk op de praktijk te laten aansluiten. Als afspraken gemaakt zijn, is het belangrijk elkaar erop aan te spreken en feedback te verschaffen. Interne audits kunnen hierbij verheldering geven.

Met dank aan alle deelnemers die op 26 maart 2019 aanwezig waren bij de intervisie.

Nathalie van Vemde  
06 27 86 35 71

Marjolein Schimmel  
06 31 02 89 09

Lieve van Vlijmen  
06 83 44 29 23

