

Retrospectieve incidentanalyses PRISMA en SIRE

Evelien Raman
stafmedewerker kwaliteit & patiëntveiligheid
AZ Sint-Maarten



Veiligheidsincident

Zoeken van de schuldige



Objectieve en grondige analyse

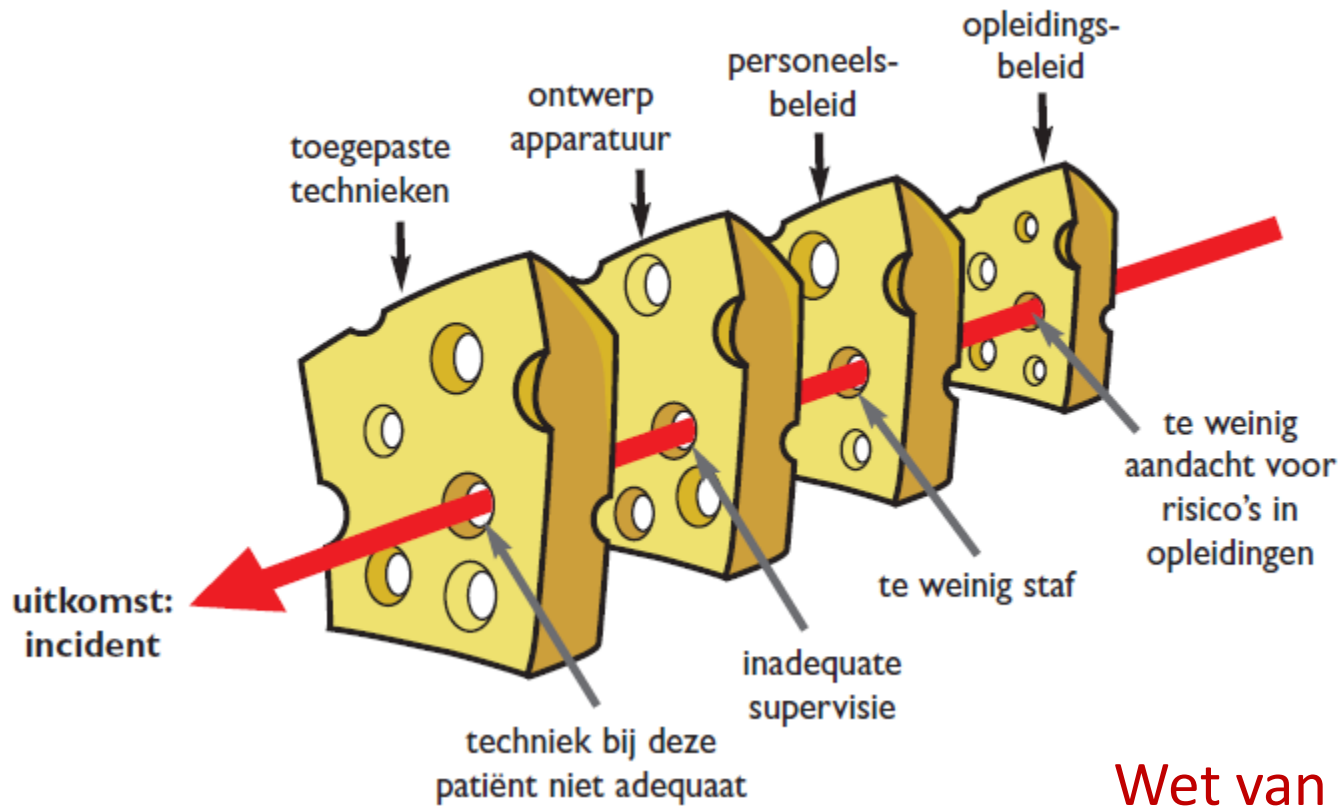
Doel: alle bijdragende oorzaken identificeren en blijvende verbeteringen implementeren



Het ontstaan van fouten



Gatenkaas model van Reason

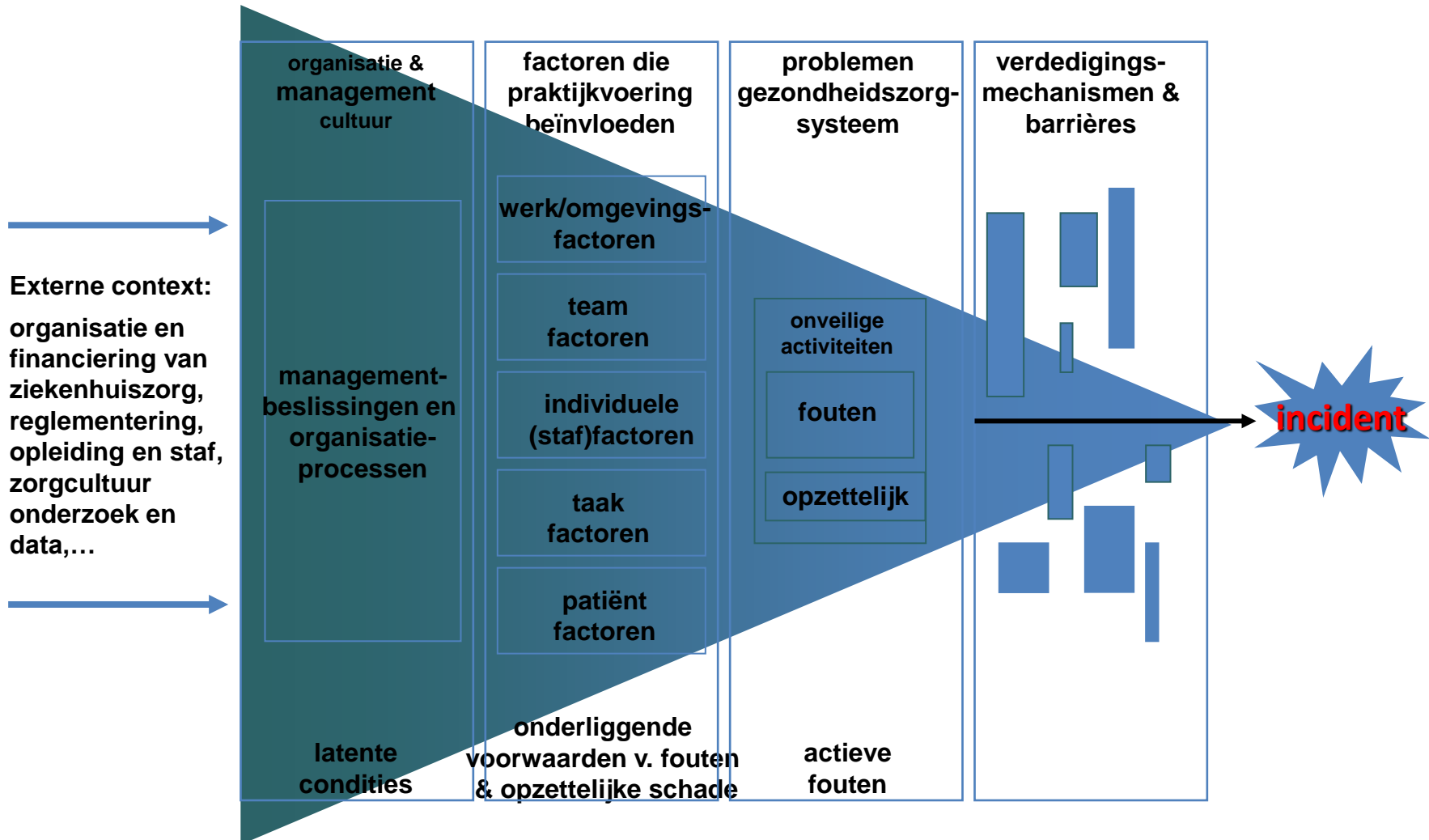


Wet van Murphy...



Oorzaken van incidenten/fouten

Schematische voorstelling van het ontstaan van een fout (Ritter):



Oorzaken van incidenten

- **Technische**
 - Gereedschap of instrument
 - Defect/kapot en onbruikbaar
 - Reageert niet op bediening
 - Meetwaarden onjuist
 - **Organisatorische**
 - Onjuiste, tegenstrijdige, onvolledige procedures
 - Onvolledige communicatie
 - Onvoldoende opleiding en training
 - Onvoldoende mensen en middelen
 - **Patiënt gerelateerde factoren**
 - **Menselijke factoren**
 - Vergissingen
 - Concentratie
 - Ontoereikende kennis
- Latente (sluimerende) gebreken
- Actieve “missers”

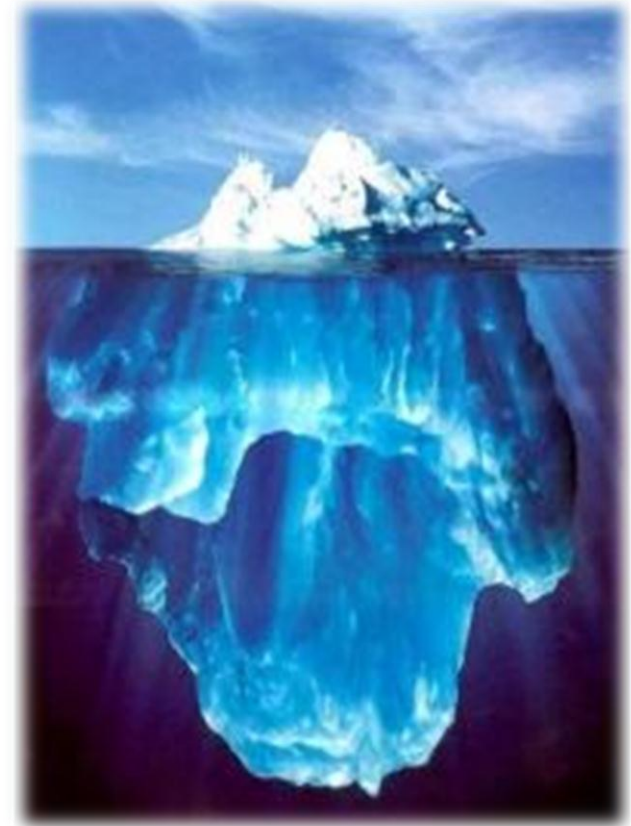


Incident-analyse

Kern van het incidenten melden is op die manier zicht te krijgen op **latente en actieve risico's** in de organisatie, om deze in de toekomst te voorkomen.

Analyse van het incident:

- Info verzamelen, structureren, afbakenen
- Oorzaken identificeren, classificeren
- Gegevens in database: welke dominantie?
- Advies en evaluatie optimale maatregel



Definities

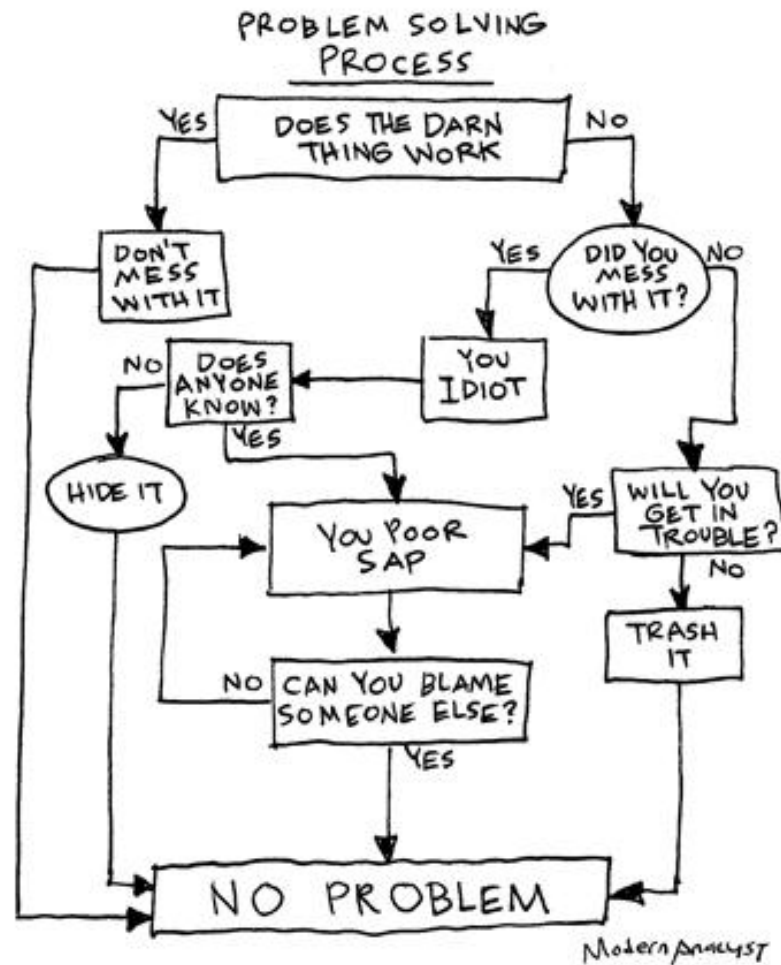
Incident:

Een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid of (nog) zou kunnen leiden.

Bijna-incident:

Onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt had kunnen leiden, maar die werd opgemerkt en gecorrigeerd voor deze de patiënt kon bereiken





RETROSPECTIEVE ANALYSE



Toepassing **PRISMA**

Prevention and **R**ecovery **I**nformation
System for **M**onitoring and **A**nalysis



PRISMA 3 stappen

1. Incidentanalyse: Onderzoek + aanvullende vragen + stopregels
→ **oorzakenboom** (faal- en herstelgedrag)
2. Classificatie van basis-oorzaken (**Eindhoven Classificatie Model**) en context-variabelen → opbouw database
3. Optimale verbetermaatregel (**Classificatie/Actie Matrix**)



1. Incidentanalyse

- **Probleemstelling**: het incident als eindresultaat van een reeks gebeurtenissen. Formuleer de topgebeurtenis
- Samenstelling van het **analyseteam**: personen met voldoende deskundigheid, verscheidenheid en neutraliteit, maar ook betrokkenheid



1. Incidentanalyse

- **Feiten verzamelen:**

- Welke feiten ken je?
 - Bezoeken plaats incident
 - Bewijsmateriaal verzamelen
 - Geleidelijk; zijn niet in één keer voorhanden
 - ! Onderscheid feiten vs gevoelens, veronderstellingen
- Waar blijkt dat uit 'WBD'?



1. Incidentanalyse

- **Procedures:**
 - Hoe verloopt de gebruikelijke procedure?
 - Waarom is afgeweken van de normale procedure?
- **Barrières**
 - Welke barrières waren aanwezig?
 - Werkte of faalde de barrière? Waarom was dat?
- **Reconstructie**
 - In stappen wordt het gebeurde weergegeven
 - Datum, tijd indien nodig, taakanalyse



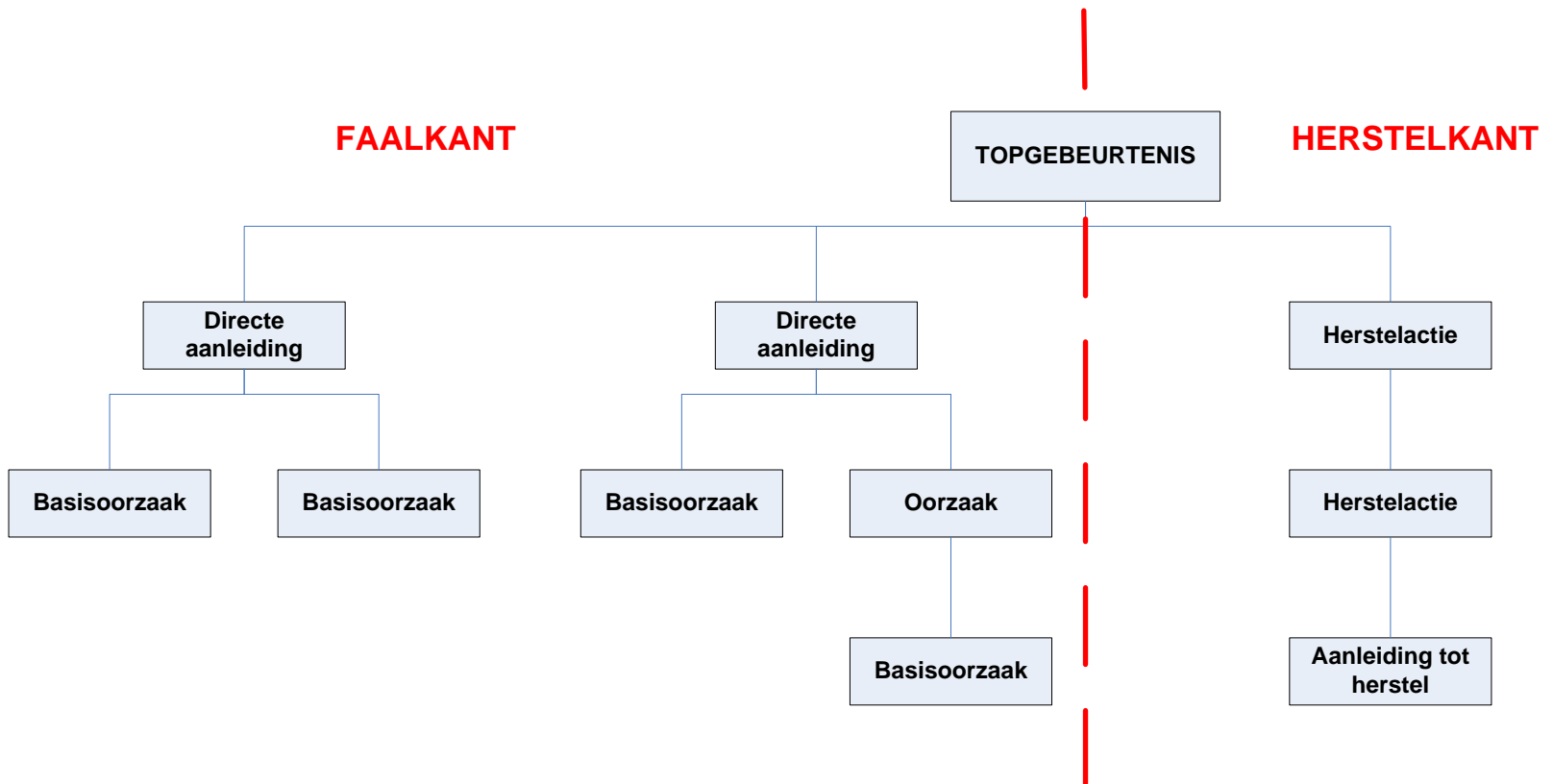
1. Incidentanalyse

Oorzakenboom:

- *Visuele weergave* van het incident en de oorzaken die er aan ten grondslag liggen
- Bevat de *relevante gebeurtenissen* die verzameld zijn
- Brengt *onderlinge relaties* aan het licht
- **Bij incident: *faalkant***
- **Bij bijna-incident: *faalkant én herstelkant***



Opbouw oorzakenboom



1. Incidentanalyse - Oorzakenboom

Topgebeurtenis

- Wat is er mis of anders gegaan in het laatste stapje van het zorgproces
- Wat was het gevolg / schade voor de patiënt?

Voorbeelden:

- *Patiënt is uit bed gevallen en liep femurfractuur op*
- *Afspraak voor onderzoek werd verkeerd gemaakt en patiënt moest zich de volgende week terug aanbieden*
- *Patiënt had kleefpleister op operatiewonde; onder die kleefpleister had hij blaarvorming*



Topgebeurtenis?

- Een medewerker wilde een dosis methadone (voor één patiënt) in een plastieken potje overgieten en tijdens dat overgieten is de volle fles methadone op de grond stuk gevallen
- De student verpleegkunde, die in opdracht van de verpleegkundige een insulinepen bediende heeft zich geprikt toen ze het kleine beschermdopje van de naald er toch probeerde op de zetten
- Bij een noodoproep vanuit een verpleegafdeling werd de bestaande EHBO procedure verkeerd toegepast. De verkeerde arts werd verwittigd, het dossier was niet op de kamer, het ECG toestel was niet op kamer. Tevens moesten de hulpverleners wachten aan de lift ondanks zij in het bezit waren van een prioritaire sleutel



16/05/2011

Topgebeurtenis?

- Aan een patiënte van een gerontopsychiatrische afdeling werd tien dagen te lang het medicament Risperdal toegediend. Het incident werd opgemerkt door de avondverpleegkundige die de medicatie controleerde. De verpleegkundige verwittigde de arts en haar collega's. Er waren geen gevolgen voor de patiënt.
- Medicatiebak zat omgekeerd in medicatiekar (m.a.w. nachtmedicatie zat vooraan ipv ochtendmedicatie). Bij toedienen ochtendmedicatie (8u00) verkeerde medicatie aan patiënt X toegediend. Nachtmedicatie toegediend i.p.v. ochtendmedicatie.



Oorzakenboom

- **Directe oorzaken**
 - Komen direct onder de *topgebeurtenis*. Vaak is het de laatste handeling aan de patiënt
- **Indirecte oorzaken**
 - Vaak zijn er onder de directe oorzaak meerdere indirecte oorzaken te vinden. De directe oorzaak is vaak het gevolg van onderliggende, indirecte oorzaken
 - Om indirecte oorzaken te vinden stel je steeds 2-tal vragen: 'Waarom'? en 'Waarom nog meer'?



Oorzakenboom

- **EN-poorten**

- 2 of 3 oorzaken die samen de oorzaak vormen van de gebeurtenis. Iets kon gebeuren omdat EN dit, EN dat gebeurde.

- **OF-poorten**

- Punten waarvan je nog niet zeker weet wat er gebeurd is. Er kan OF dit, OF dat gebeurd zijn, er is nog onduidelijkheid. Aanvullend onderzoek is nog nodig. In de definitieve oorzakenboom staan geen OF-poorten meer.



16/05/2011

Oorzakenboom

- **Basisoorzaken**
 - 2 of 3 oorzaken die samen de oorzaak vormen van de gebeurtenis. Iets kon gebeuren omdat EN dit, EN dat gebeurde.
- **Stopregels**
 - Er bieden zich geen nieuwe, objectieve feiten meer aan.
 - Wanneer de systeemgrens wordt overschreven (de uit het onderzoek voortvloeiende verbetermaatregelen liggen buiten de invloedssfeer van de commissie).



16/05/2011

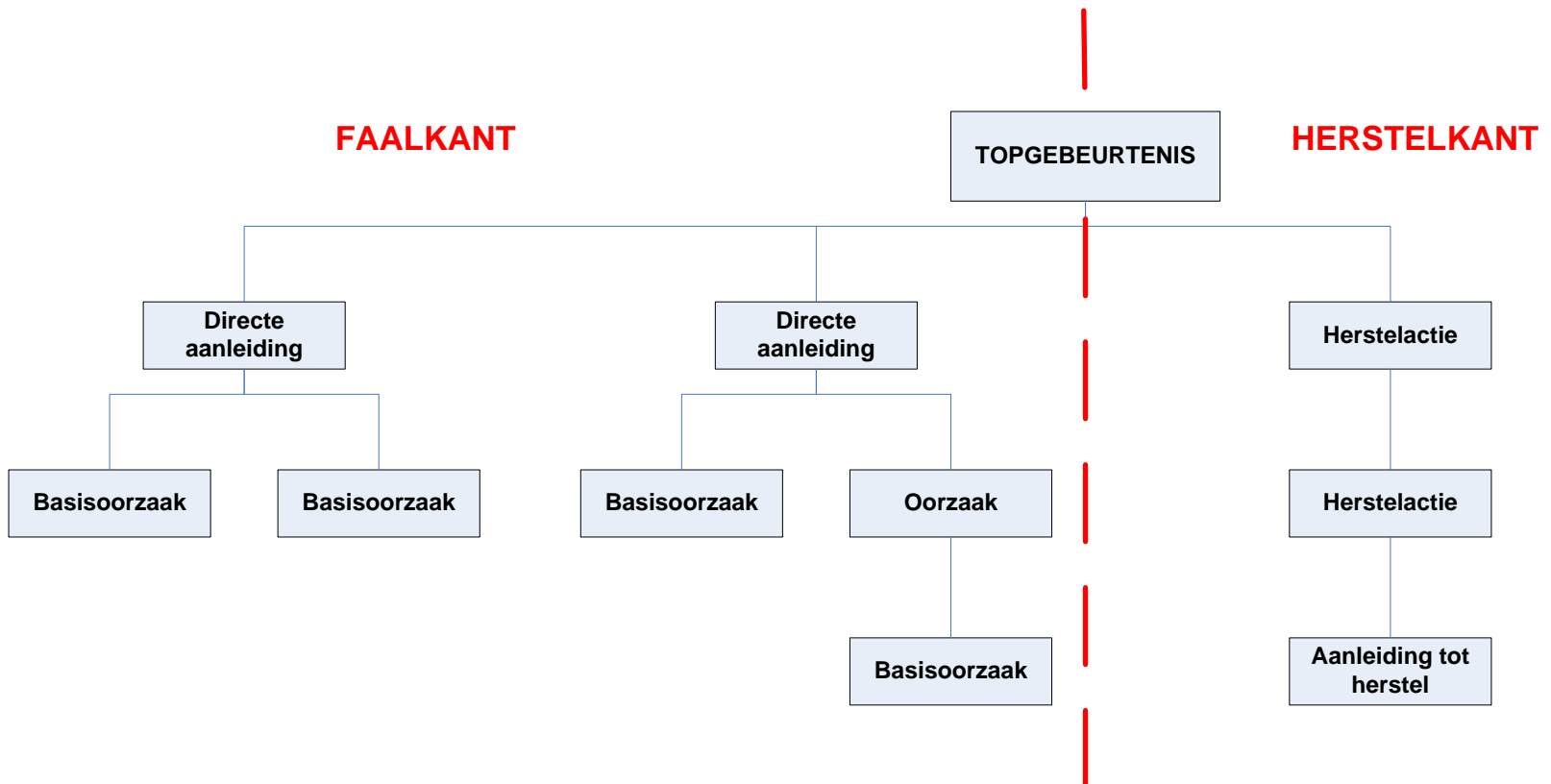
Oorzakenboom

Bijna-incident = dreigend incident dat nog net voorkomen is. Er is iets gebeurd waardoor het incident nog juist voorkomen is en uiteindelijk niet plaatsvond.

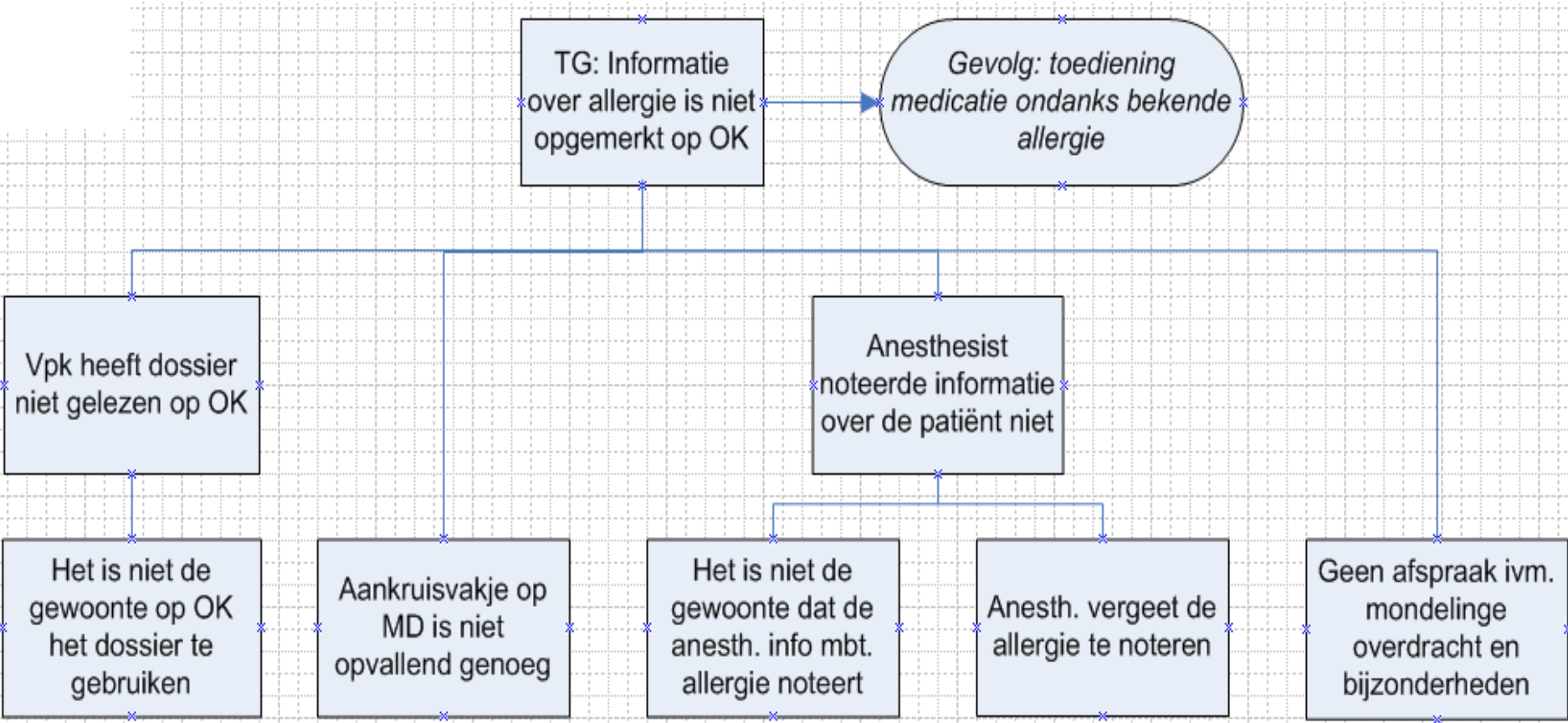
- **Faalkant:** Beschrijft de oorzaken die ten grondslag liggen aan het (bijna-)incident.
- **Herstelkant:** Beschrijft de factoren die het herstel mogelijk gemaakt hebben.



Opbouw oorzakenboom



16/05/2011



Definitieve oorzakenboom



16/05/2011

PRISMA 3 stappen

1. Incidentanalyse: Onderzoek + aanvullende vragen + stopregels
→ **oorzakenboom** (faal- en herstelgedrag)
2. Classificatie van basis-oorzaken (**Eindhoven Classificatie Model**) en context-variabelen → opbouw database
3. Optimale verbetermaatregel (**Classificatie/Actie Matrix**)



2. Classificatie van basisoorzaken

Verschillende soorten basisoorzaken vragen verschillende soorten benadering

Eindhoven Classificatie Model' - oorzakenprofiel

- Technische (+ subcategorieën)
- Organisatorische (+ subcategorieën)
- Menselijke (+ subcategorieën)
- Patiënt gerelateerde: vb. taalproblemen, therapieontrouw
- Overige



2. Classificatie van basisoorzaken

Technisch falen (T)

- **T-extern (T-ex):** vallen buiten de controle en verantwoordelijkheid van de betrokken organisatie
- **T-ontwerp (TD):** veroorzaakt door een slecht ontwerp
- **T-constructie (TC):** goed ontwerp, slechte uitvoering in constructiefase
- **T-materiaal (TM):** restcategorie voor defecten aan materiaal (niet TD of TC)



2. Classificatie van basisoorzaken

Organisatorisch falen (O)

- **O-extern (O-ex):** (organisatorisch niveau) vallen buiten de controle en verantwoordelijkheid van de betrokken organisatie
- **O-kennisoverdracht (OK):** onvoldoende maatregelen om goede info-overdracht te waarborgen
- **O-protocollen (OP):** m.b.t. de kwaliteit en de beschikbaarheid van protocollen en procedures
- **O-managementprioriteiten (OM):** veroorzaakt door een keuze van het management
- **O-cultuur (OC):** als gevolg van een gemeenschappelijke benadering en bijkomende gedragswijzen)

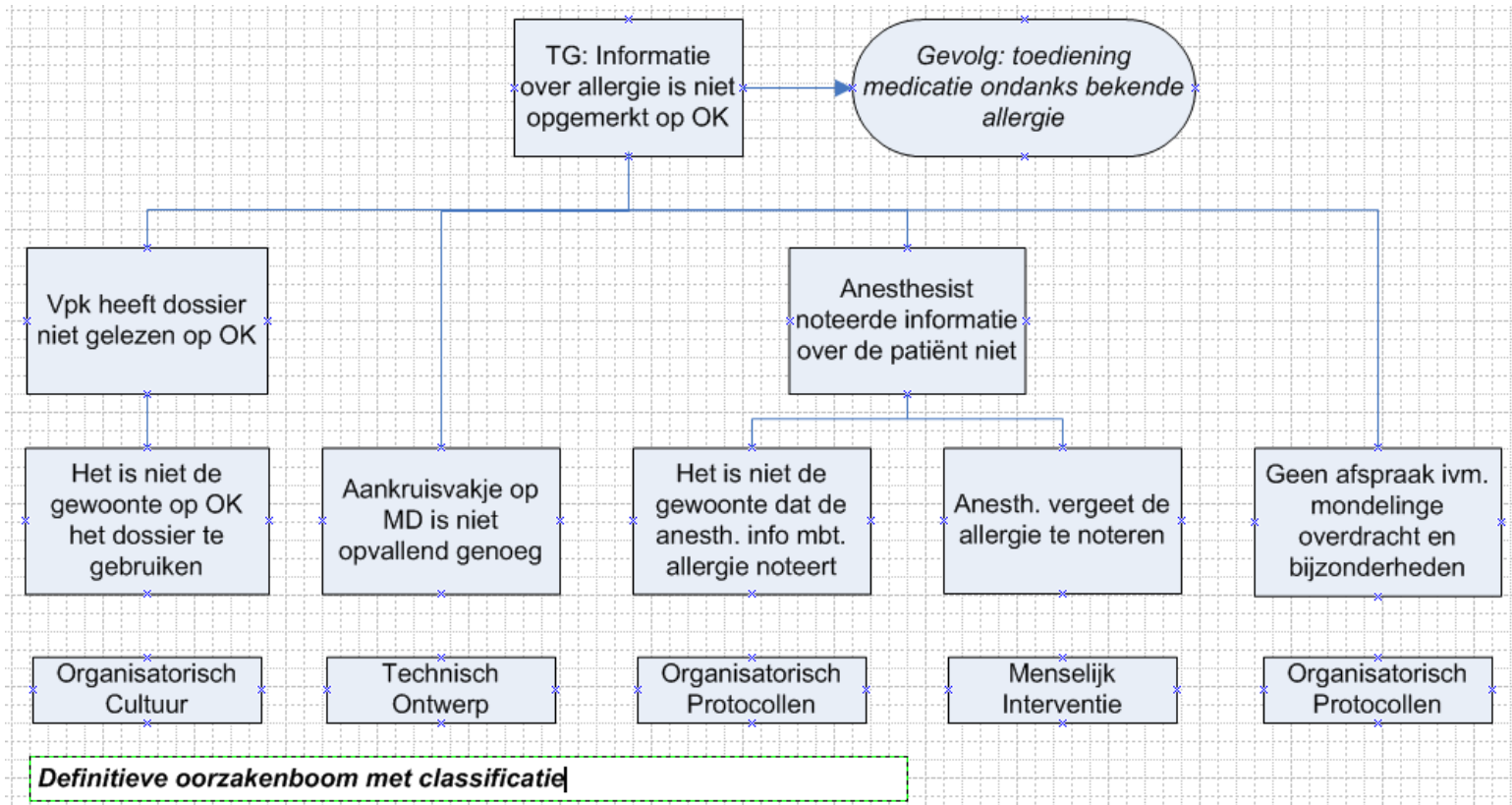


2. Classificatie van basisoorzaken

Menselijk falen (H)

- **H-extern (H-ex):** valt buiten de controle en verantwoordelijkheid van de organisatie
- **H-redeneren (HKK):** onbekwaamheid v.e. persoon om zijn bestaande kennis te gebruiken
- **H-kwalificaties (HRQ):** m.b.t. het niet aansluiten van de individuele kwalificaties, training en scholing bij de uit te voeren taak
- **H-coördinatie (HRC):** gebrek aan afstemming binnen de organisatiecoördinatie of het team
- **H-verificatie (HRV):** incorrecte en/of incomplete controle van een verificatiesituatie of – handeling voordat de handeling begint
- **H-interventie (HRI):** verkeerde taakplanning en uitvoering
- **H-bewaken (HRM):** m.b.t. de bewaking van een proces of toestand van de patiënt tijdens procesbewaking of na behandeling
- **H-fijne motoriek (HSS):** m.b.t. de uitvoering van een fijn motorische handeling
- **H-grove motoriek (HST):** m.b.t. een beweging (vb. iets omstoten)



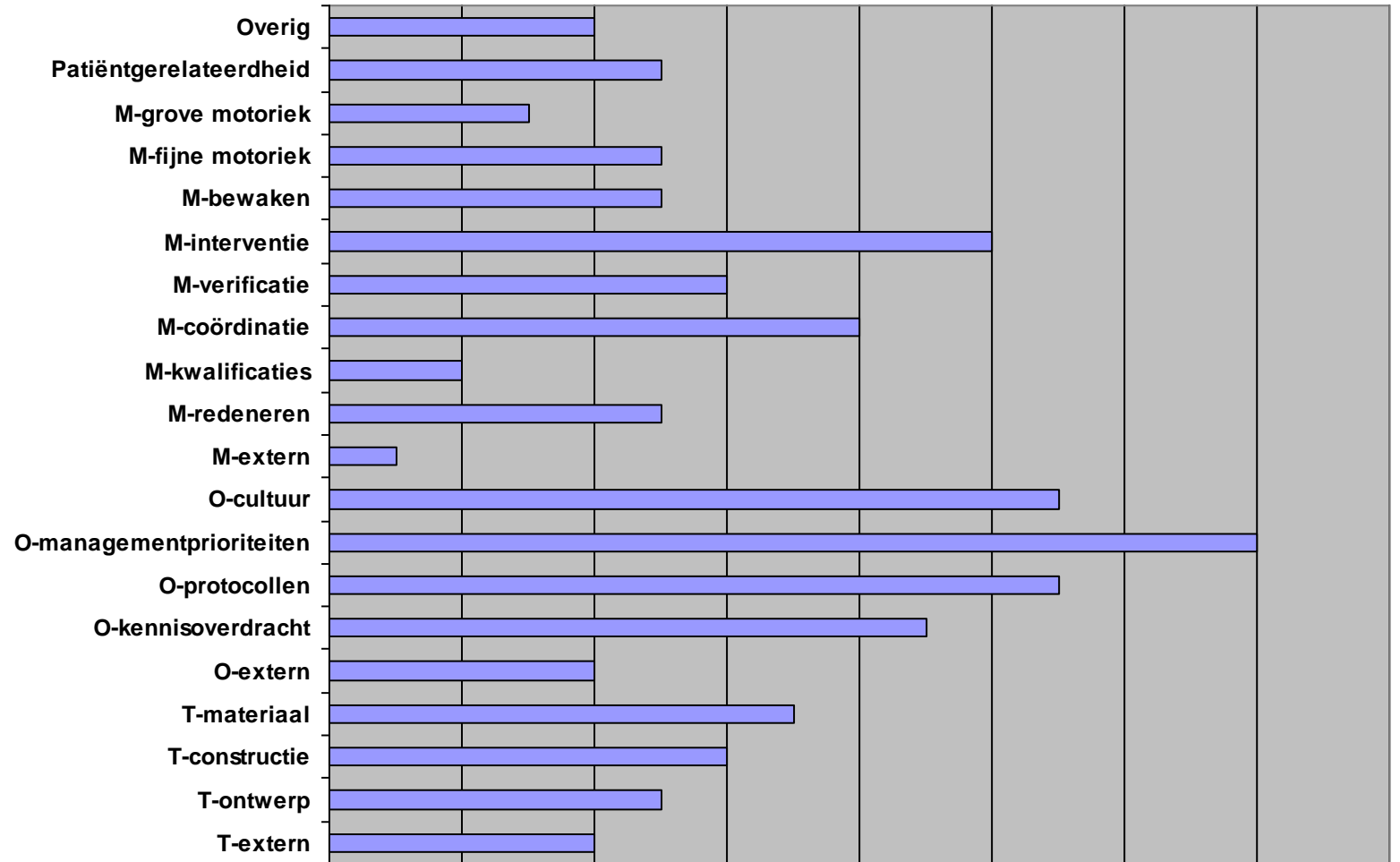


PRISMA 3 stappen

1. Incidentanalyse: Onderzoek + aanvullende vragen + stopregels
→ **oorzakenboom** (faal- en herstelgedrag)
2. Classificatie van basis-oorzaken (**Eindhoven Classificatie Model**) en context-variabelen → opbouw database
3. Optimale verbetermaatregel (**Classificatie/Actie Matrix**)



Oorzakenprofiel op basis van subcategoriën



Referenties

- PRISMA Praktisch, ISBN 978-90-9023456-4 www.medinsight.nl / www.prismapraktisch.nl
- Fod VVVL – presentatie PRISMA opleiding Mark Etienne
- “Discipline overstijgende cursussen. Cursus patiëntveiligheid” Umc Utrecht
- ZekerZo, de veilige zorg www.zekerzo.nl



Bedankt

evelien.raman@emmaus.be



Oefeningen

