



Landelijke Huisartsen Vereniging

Patiëntveiligheid in de huisartsenzorg

Handreiking, continue verbetering van veiligheid en kwaliteit



Verschenen LHV-handreikingen:

Geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen
Gebruik Meldcode kindermishandeling in de huisartsenzorg
Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis
Samenwerking huisarts en jeugdgezondheidszorg
De huisarts en de AVG
De as huisarts - wijkverpleegkundigen
Contractering tussen huisartsen en zorgverzekeraars
De zorg van de huisarts aan werkende patiënten
Praktijkondersteuners, competenties en eindtermen

Voorwoord

Verantwoorde zorg impliceert veilige zorg. Patiëntveiligheid is het minimumniveau waaraan de zorg zou moeten voldoen¹⁺². Dit is in de eeuwenoude eed van Hippocrates al vastgelegd: het principe van *primum non nocere*, 'geen schade doen'. Deze handreiking helpt huisartsen, praktijkondersteuners, doktersassistenten en hun leidinggevenden, coördinatoren en managers schade te voorkomen.

De adviezen, praktijkvoorbeelden en tips in deze handreiking helpen om veiligheidsrisico's in de huisartsenzorg beter te onderkennen en daarmee schade aan de patiënt zo veel mogelijk vóór te zijn, zonder schroom incidenten boven tafel te halen en bespreekbaar te maken. De handreiking is een aanvulling op de "NHG-Handleiding voor het opzetten van een procedure voor Veilig Incident Melden". ARBO-gerelateerde veiligheidsaspecten in de werkomgeving en bescherming van persoonsgegevens blijven buiten beschouwing.

De handreiking legt een link naar veiligheidsthema's in kwaliteitssystemen voor de huisartsenzorg: de NHG-Praktijkaccreditering®, het KEMA-keur voor de apotheekhoudende huisartsenpraktijk en het HKZ-schema Huisartsendienstenstructuren en de Kritische Kwaliteits Kenmerken voor de huisartsenpost.

Dr. E.C. Eijssens



Verantwoording en dank aan

De handreiking Patiëntveiligheid in de huisartsenzorg is tot stand gekomen met subsidie van het ministerie van VWS voor het VWS-speerpunt Patiëntveiligheid in de eerstelijnsgezondheidszorg. De handreiking is geschreven door Els Eijssens (Els Eijssens Advies). Ineke Mol (huisarts Zorggroep Almere), Aga van Sunder (doktersassistent Zorggroep Almere), Dorien Zwart (huisarts, onderzoeker Spiegelproject UMC Utrecht), Wim Verstappen (huisarts, medisch manager Huisartsenpost), Markus Kruyswijk (huisarts en bestuurslid VHN), Paul Giesen (senior onderzoeker UMCN), Michel Wensing (senior onderzoeker UMCN), Prof. mr. J. Legemaate (hoogleraar gezondheidsrecht en juridisch adviseur KNMG) en Pieter van den Hombergh (huisarts LHV) droegen hun expertise aan. Carolien Pronk (beleidsmedewerker LHV) coördineerde het traject van beginnende meningsvorming tot en met de publicatie.

Leeswijzer

Als u meer wilt weten over:

Kijk dan op pagina:

DE GROTE LIJNEN

Waar het bij patiëntveiligheid zoal over gaat	13
Tien risicogebieden in de huisartsenzorg	34
Veilig Incident Melden (VIM)	21
Het verschil tussen incidenten en calamiteiten	17
Oorzaken van incidenten	16
Twee kanten van risicomanagement	10

AAN HET WERK 29

VOORAF RISICO'S BEHEERSEN

Het beheersen van kritieke situaties

Goede telefonische bereikbaarheid bij spoed	36
Goede urgentieherkenning door assistenten	37
Tijdig en juist handelen bij (mogelijk) levensgevaar	38

Het verbeteren van medicatieveiligheid 40

Het voorkomen van infecties 39

Het verbeteren van veiligheid

Ernstig zieke patiënten	43
Oudere patiënten	44
Kinderen	45
Tolkbehoefte patiënten	46

Het inzetten op moeilijke of zeldzame diagnoses 47

Het optimaliseren van het EPD 48

Het verbeteren van patiëntveiligheid

Goede overdracht en afstemming	49
Goede dagelijkse praktijkorganisatie	50

Als een collega niet (meer) goed functioneert 54

ACHTERAF LEREN VAN INCIDENTEN

Uw rechtsbescherming bij het melden van incidenten	22
Wat uw beroepscode zegt over incidenten melden	18
VIM en de MIP-commissie op de huisartsenpost	22
Beginnen met Veilig Incident Melden	66
Wie, wat, hoe vaak, bij wie melden	56
Meldformulier	68
Ordenen en analyseren van incidenten	59
Verbeteren van patiëntveiligheid n.a.v. incidenten	65

In de handreiking wordt verwezen naar richtlijnen en scholingen vanuit (beroeps) organisaties. Op de onderstaande websites kunt u verdere informatie vinden:

Huisartsenzorg algemeen: www.lhv.nl

www.nhg.org

www.artsennet.nl

www.praktijkaccreditering.nl

www.hkz.nl

Huisartsenposten: www.vhned.nl

Doktersassistenten: www.nvda.nl

Praktijkondersteuners: www.nvda.nl

www.venvn.nl

ROS'en: www.lvg.nl

Medicatieveiligheid: www.medicijngebruik.nl

www.medicatieoverdracht.nl

Algemeen: www.knmg.artsennet.nl

www.nvva.nl

www.denieuwepraktijk.nl

www.veiligheid.nl

www.pharos.nl

www.patientveiligheid.nl

Voorlopig kan elke huisartsenpraktijk aan de gang met deze handvatten.

Voor de Erkende Kwaliteitsconsulenten, die behulpzaam kunnen zijn bij de aanpak van Patiëntveiligheid, is de cursus "Veilig Incident melden" beschikbaar. Voor verdere ideeën kunt u terecht bij De Nieuwe Praktijk.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Verantwoording en dank aan	5
Leeswijzer	6
Inhoudsopgave	8
Samenvatting	8
1 Waar gaat het om bij patiëntveiligheid?	13
1.1 Zorg voor de patiënt.....	13
1.2 Verbeteren van werkprocessen.....	13
1.3 Begrippenkader patiëntveiligheid.....	14
1.4 Wat gaat er mis?.....	16
1.4.1 Wat zijn de oorzaken?.....	16
1.4.2 Stapelkarakter van incidenten.....	17
1.4.3 Wat zijn de gevolgen?.....	17
1.5 Calamiteiten, een ander verhaal.....	17
1.6 Patiëntveiligheid: dat zijn wij.....	18
2 Veilig Incident Melden (VIM), achtergrondinformatie	21
2.1 Inleiding.....	21
2.2 De veiligheid van de melder.....	22
2.3 Voorwaarden bij een veilig meldsysteem.....	24
2.4 Visie op patiëntveiligheid en VIM.....	25
2.5 Patiëntveiligheidscultuur.....	25
2.5.1 Cultuurladder patiëntveiligheid.....	26
FORMULIER: PRIORITEITEN VOOR EIGEN PRAKTIJK OF HUISARTSENPOST	29

3 Veiligheidsmanagement in de praktijk: Professioneel handelen	33
Overzicht risicogebieden in de huisartsenzorg.....	34
1 telefonische bereikbaarheid.....	36
2 urgentieherkenning (triage).....	37
3 directe levensbedreiging.....	38
4 infectie.....	39
5 medicatie.....	40
6 kwetsbare patiëntengroepen.....	43
7 moeilijke of zeldzame diagnoses.....	47
8 EPD.....	48
9 overdrachten afstemming.....	48
10 dagelijkse praktijkorganisatie.....	50
11 persoonlijk disfunctioneren.....	53
4 Veiligheidsmanagement in de praktijk: De VIM-procedure	55
4.1 NHG-handleiding voor het opzetten procedure Veilig Incident Melden.....	55
4.2 Schematische weergave VIM-procedure NHG.....	56
4.3 Incidenten melden.....	56
4.4 Incidenten ordenen, prioriteren en analyseren.....	59
4.5 Brainstormwerkblad NHG-handleiding VIM.....	61
4.6 Patiëntveiligheid verbeteren en borgen.....	63
Bijlage 1 Aanbevelingen bij de start van een VIM-traject.....	66
Bijlage 2 Maatregelen ter bescherming van de melder.....	67
Bijlage 3 Meldingsformulier uit NHG-handleiding VIM.....	68
Bijlage 4 Indicatoren EPD-scan.....	71
Bijlage 5 Risicovolle handelingen door doktersassistenten.....	72
Bijlage 6 Afkortingen.....	74
Bijlage 7 Literatuur.....	76

Samenvatting

De handreiking Patiëntveiligheid in de huisartsenzorg geeft zorgprofessionals in de huisartsenzorg inzicht in het complexe gebied van de veilige zorg voor patiënten. Behalve voor huisartsen en doktersassistenten is de handreiking ook voor praktijkondersteuners en managers bedoeld. Met een dubbele insteek om:

- (a) veiligheidsmaatregelen op de voorhand te borgen (zorg inrichten met hoge veiligheidsgraad) en
- (b) onveilige situaties achteraf te melden, te analyseren en te verbeteren (Veilig Incident Melden),

krijgen zorgprofessionals van huisartsenpraktijken en huisartsenposten houvast bij het in kaart brengen en verbeteren van die aspecten van de zorg waar de patiëntveiligheid extra aandacht verdient.

De handreiking heeft drie delen:

1. Basisbegrippen en algemene kennis

Patiëntveiligheid is een kwaliteit van het *zorgsysteem* met daarin structuren, processen, procedures en personen. Bij het ontbreken van patiëntveiligheid wordt gezocht naar de zwakke schakels in het zorgsysteem die, na versterking in die zwakke schakel, de kans op onveiligheid aanmerkelijk verkleinen. Door de hele handreiking heen klinkt het belang van een "patiëntveiligheidscultuur": de werksfeer waarin iedere zorgverlener onbevreesd aangetroffen risico's aan het licht brengt en samen met collega's bespreekt. Het kan gaan om zaken die echt misgegaan zijn en die tot lichamelijke of geestelijke schade bij de patiënt hebben geleid, of om situaties waar daadwerkelijke schade niet optrad, maar waar dat wel mogelijk was geweest. Uitgebreid staat de handreiking stil bij de juridische veiligheid van de huisarts als melder. Als de bedoelde patiëntveiligheidscultuur niet voldoende aanwezig is, kan de invoering van het Veilig Incident Melden deze stimuleren. Deze handreiking biedt mogelijkheden voor een goede start.

2. Werkgedeelte: een formulier en overzicht van diverse invalshoeken

Patiëntveiligheidsproblemen vinden vooral plaats in elf risicogebieden:

telefonische bereikbaarheid	medicatie	overdrachten afstemming
urgentieherkenning (triage)	kwetsbare patiëntengroepen	dagelijkse praktijkorganisatie
directe levensbedreiging	moeilijke of zeldzame diagnoses	persoonlijk disfunctioneren
infectie	EPD	

Voor elk van de risicogebieden worden aanknopingspunten voor het verbeteren van patiëntveiligheid gepresenteerd. Deze bestaan uit richtlijnen voor de zorg, ondersteunend materiaal en (bij)scholingen die ontwikkeld zijn door en voor de beroepsgroep. Het patiëntveiligheidswerk op de risicogebieden bestaat vooral uit:

- (a) het gezamenlijk toetsen van de toepassing van richtlijnen voor een specifiek risicogebied,
- (b) het opstellen en uitvoeren van een verbeterplan met genoemde materialen en
- (c) het borgen van het gewenste veiligheidsniveau in goede en toetsbare afspraken.

Het tweede deel sluit af met een compacte weergave van de NHG-handleiding voor het opzetten van de Procedure Veilig Incident Melden (VIM). Duidelijk wordt wie, wat, wanneer en hoe vaak kan melden en hoe de meldingen geordend en geanalyseerd kunnen worden. De speurtocht naar factoren die de onveiligheid helpen ontstaan, is de spil waar veel om draait. Dit deel van de handreiking eindigt met het omzetten van zwakke schakels in SMART-verbeterdoelen.

3. Bijlagen

Tot slot zijn als bijlagen een vijftal praktisch uitgewerkte voorbeelden opgenomen.



1 Waar gaat het om bij patiëntveiligheid?

1.1 Zorg voor de patiënt

Het patiëntveiligheidsdenken in de zorg manifesteert zich met wetenschappelijk onderzoek, betrouwbare methoden, een cyclische plan-do-check-act benadering en handige instrumenten voor de werkvloer.

Iedere huisarts weet hoe het voelt als er echt iets mis gaat door het eigen doen of laten. De eerste reacties zijn vooral emotioneel en persoonlijk: frustratie over het eigen falen, alles op alles zetten om het gebeurde te herstellen en daarbij de patiënt op de hoogte stellen en meeleven met diens reactie. Dat zijn niet de gemakkelijkste gesprekken. Als herstel van de fout niet mogelijk is, wil je er als huisarts zijn voor je patiënt die de gevolgen moet dragen en verwerken. En dan is er ook de behoefte om begrip en steun te zoeken bij je collega's. Dat is wat op het netvlies staat van de huisarts als de patiëntveiligheid echt in het geding is.

Deze handreiking gaat niet over deze eerste belangrijke processen, maar beschrijft pragmatische aandachtspunten en werkwijzen om schade voorkomen en veiligheid te vergroten.

1.2 Verbeteren van werkprocessen

Tot voor kort werd in de gezondheidszorg bij incidenten door een fout, vergissing of nalatigheid te veel nadruk gelegd op de persoon die de fout heeft gemaakt. Een fout werd vaak gezien als een verwijtbare tekortkoming van een individu, die daardoor vaak bejegend werd als onkundig of gestraft als dader. Het menselijk handelen in de huisartsenzorg is echter onderdeel van een systeem. In de systeembenadering wordt het maken van fouten beschouwd als een onveranderbaar kenmerk van de mens, en worden menselijke fouten opgevangen of ontdekt voordat ze leiden tot schade aan de patiënt. Zo komt de aandacht te liggen op verbeteren van werkprocessen in plaats van op het aanwijzen van een schuldige huisarts, praktijkondersteuner huisarts of doktersassistente. Medewerkers kunnen dan, zonder angst voor de schandpaal, energie steken in het herkennen van onveilige situaties en het bespreekbaar maken daarvan.

Huisarts A. deed een greep in de kast met nieuwe kweeksetjes om een SOA-kweek af te nemen. Tot haar schrik en verbazing bleek er een gebruikte wattenstaaf compleet met laboratoriumaanvraag van enkele weken geleden tussen te zitten. Ze meldde het voorval bij de MIC-commissie. Het bleek niet de eerste keer dat dit gebeurde. Na reconstructie bleek dat de koerier van het lab tussen de middag het bakje met in te sturen materiaal leegde en er nieuwe kweeksetjes in deed. De huisartsen deponeerden zonder te kijken hun vers

afgenomen kweekmateriaal in dat bakje. De doktersassistente legde de nieuwe kweeksetjes in de kast zonder te zien dat er gebruikt materiaal tussen zat. Na deze melding is met de koerier afgesproken om de nieuwe kweeksetjes ergens anders neer te zetten.

1.3 Begrippenkader patiëntveiligheid

De onderstaande begrippen spelen bij patiëntveiligheid een centrale rol.

Patiëntveiligheid en schade

Patiëntveiligheid wordt internationaal gedefinieerd als 'het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychisch) die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem'³.

Onbedoelde schade is 'niet het gevolg van een ziekte/aandoening van de patiënt of van een goed overwogen risico of ingecalculiseerd neveneffect van de behandeling (complicatie), maar het gevolg van een of meer fouten van de hulpverlener of tekortkomingen in de organisatie van de zorg'. Fouten of tekortkomingen zijn per definitie vermijdbaar. Welke situaties of gebeurtenissen de huisartsen zelf onder patiëntveiligheid vatten, varieert van concrete punten, 'veilige stopcontacten', tot aan een veel bredere, meer filosofische definitie van patiëntveiligheid ('niet schaden van de patiënt'), schade door verrichtingen, en schade door nalaten van verrichtingen⁴⁺⁵.

Veiligheidscultuur

Een cultuur waarin sprake is van openheid en transparantie en waarin medewerkers –ongeacht hun positie- bereid zijn incidenten te melden om daarvan te leren⁶.

Risicomanagement

Activiteiten of maatregelen om veiligheidsincidenten te voorkómen, op te lossen of te verlichten. De handreiking biedt hiervoor twee invalshoeken:

- (a) Doelgerichte aanpak van de tien risicogebieden (vooraf)
- (b) Veilig Incidenten Melden (achteraf)

Risicogebieden

Tien risicogebieden zijn geselecteerd, plus het elfde persoonsgebonden risicogebied van de disfunctionerende hulpverlener (zie **hoofdstuk 4** voor onderbouwing van de keuzes).

Incidenten

Een onbedoelde gebeurtenis die heeft geleid tot schade, of had kunnen leiden tot schade, of nog zal leiden tot schade. Een bijna-incident is elke onbedoelde gebeurtenis met kans op letsel aan de patiënt die werd opgemerkt en gecorrigeerd voordat deze de patiënt kon bereiken⁷.

Klachten

Een klacht van een patiënt kan gaan over een incident maar dat hoeft niet. Omgekeerd hoeft een incident niet aanleiding te geven tot een klacht. Klachten kunnen als incidenten meegenomen worden in Veilig Incident Melden.

Veilig Incident Melden

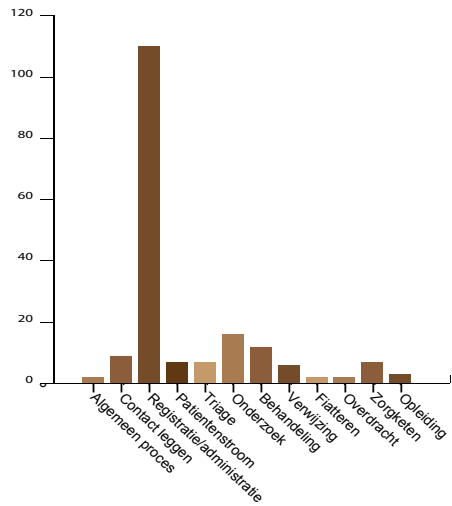
De term 'Veilig' in Veilig Incident Melden houdt in dat de melder zich veilig voelt om te melden wat er misgaat zonder dat dit leidt tot individuele maatregelen: door de incidenten niet persoonsgebonden maar systeemgebonden te benaderen kan er veilig geleerd worden. Dit moet leiden tot een cultuur waarin het melden en bespreken van incidenten vanzelfsprekend wordt. Leidinggevenden kunnen daarin een voorbeeldfunctie vervullen. Zie voor een toelichting op de veiligheid van de melder **hoofdstuk 3**. De NHG-handleiding voor het opzetten Procedure Veilig Incident Melden (VIM) uit de serie NHG-Praktijkvoering⁸ helpt bij de ordening van incidenten.

Een 70-jarige patiënte komt tijdens een griepepidemie met griepverschijnselen op het spreekuur. Zij heeft druk op de borst en de huisarts wijt dat aan de griep. Diezelfde avond overlijdt de vrouw aan een hartinfarct.

In het UMC in Utrecht werd het Spiegelproject via Veilig Incident Melden ingevoerd bij een huisartsenpost en vijf gezondheidscentra. Per 100.000 contacten kwamen 152 incidentmeldingen voor¹⁰, gemiddeld één incident per week. In het onderstaande beeld van de incidentmeldingen op de huisartsenpost valt op dat proces- en communicatiemeldingen de overhand hebben en medisch inhoudelijke incidenten veel minder gemeld worden¹¹.

1.4 Wat gaat er mis?

Zaken die misgaan hebben rechtstreeks te maken met de zorgverlening, de context waarin de zorgverlening plaatsvindt, communicatie, specifieke patiëntengroepen en/of specifieke omstandigheden. In de risicogebieden in **hoofdstuk 4** zijn voorbeelden hiervan terug te vinden.



Bij de spontane melding van incidenten in vijf gezondheidscentra binnen het Spiegelproject van het UMC Utrecht werden veruit de meeste incidenten gemeld over registratie/administratie en receptgerelateerde behandelaspecten. Incidenten in de zorg (triage, onderzoek, behandeling) werden minder vaak gemeld¹². De vraag is of door patiënten opgelopen schade met incidenten melden boven water komt. Actieve incidentpreventie door het aanscherpen van professioneel handelen op aannemelijke risicogebieden (**zie hoofdstuk 4**) is een zinvolle aanvulling op incidentmelding.

Volgens het NIVEL gaan incidenten in het buitenland rond medisch handelen over:¹³

- diagnostiek: 18% tot 34% van de meldingen
- behandeling: 26% tot 51% van de meldingen
- communicatie: 8% tot 30% van de meldingen

1.4.1 Wat zijn de oorzaken?

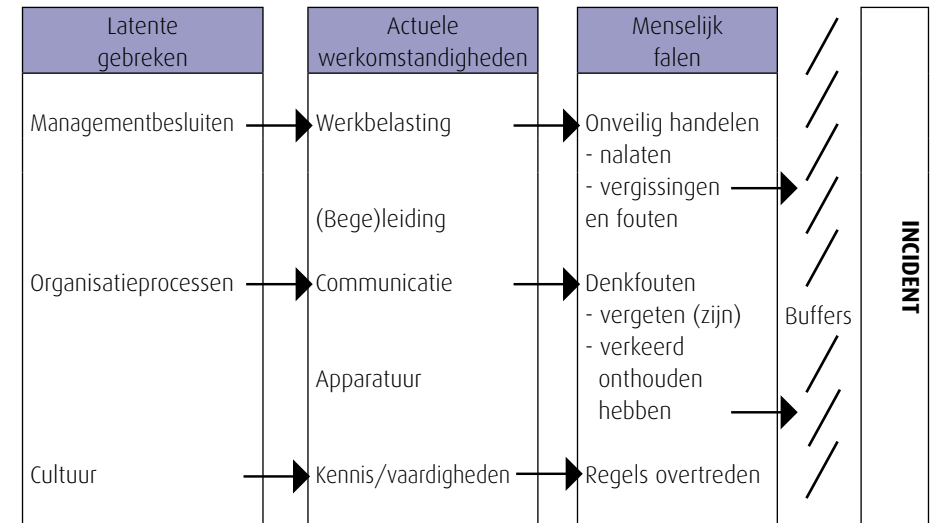
Canadees onderzoek brengt 10 oorzakelijke factoren aan het licht:¹⁴

1. Complexiteit van de casus
2. Gebrek aan continuïteit van zorg
3. Niet houden aan richtlijnen of best practice
4. Vermoeidheid
5. Kennistekort
6. Hoge werkbelasting
7. Ontoereikende informatie m.b.t. farmacologische eigenschappen van medicijnen
8. Bijwerkingen van medicijnen
9. Communicatie tussen personen
10. (Infra)structurele problemen

1.4.2 Stapelkarakter van incidenten

Eén menselijke fout leidt maar zelden tot schade bij de patiënt, meestal gebeuren menselijke fouten in een reeks of keten van gebeurtenissen met een incident als einduitkomst¹⁵. Vaak zijn er veiligheidsbuffers tussen elkaar opvolgende gebeurtenissen in de vorm van personen die goed opletten en een fout meteen herstellen, of die standaardcontroles uitvoeren. Bij grotere latente gebreken en ongunstiger omstandigheden wordt de kans op menselijk falen groter. Het "stapelen" kan zich allerlei

wegen banen, in de onderstaande figuur van links naar rechts en van boven naar beneden en omgekeerd¹⁶.



1.4.3 Wat zijn de gevolgen?

De meeste van de in het Spiegelproject verzamelde meldingen hadden kleine schade tot gevolg voor de patiënt, maar kwamen wel wekelijks of maandelijks voor. Bij de gemelde incidenten is bij 5% de **potentiële** schade groot of catastrofaal¹⁷.

Gevolgen van incidenten en onbedoelde schade kunnen zijn:

- psychologische gevolgen (angst, minderwaardigheidsgevoelens en dergelijke)
- lichamelijke gevolgen (klachten, symptomen, ongemak, verergering van klachten)
- economische gevolgen (kosten, arbeidsongeschiktheid)
- heropname, extra medische verrichtingen, sterfte
- medicalisering, somatisatie en slechtere therapietrouw¹⁸.

1.5 Calamiteiten, een ander verhaal

Een calamiteit is een incident met zeer ernstige gevolgen, gedefinieerd als een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis in de gezondheidszorg, die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid (Inspectie voor de Gezondheidszorg). Denk aan het gebruik door kinderen van op straat belande opiaten, het verkeerd gebruik van prikpenen en andere gevallen van, mogelijke, ernstige schade. De ernstige aard vraagt om onmiddellijke melding bij de inspectie. Dit is een wettelijke verplichting². Een calamiteit kan na melding bij inspectie

intern met de VIM-methodiek geanalyseerd worden. Hoe beter de analyse, des te doelmatiger het verbeterplan en des te kleiner de kans op herhaling.

Huisarts H. had op het einde van de vrijdagmiddag nog een zakenman, die plasklachten had en een positieve nitrietwaarde. Merkwaardig. Er was geen geslachtsziekte en de huisarts besloot te verwijzen en schreef alvast Nitrofurantoinen voor. Hij typte Nit en gaf het recept mee voor – zo bleek later – Nitrobaat. De patiënt kreeg erge hoofdpijn van het eerste tablet en stopte de medicatie.

1.6 Patiëntveiligheid: dat zijn wij

Oorzaken van risico's en incidenten kunnen buiten, maar ook in jezelf liggen. Het blijft raadzaam jezelf en elkaar daarop op constructieve wijze aan te spreken. De KNMG¹⁹ verwoordt de eigen verantwoordelijkheid van de arts tegenover patiënten en collega's als volgt:

- de arts meldt incidenten op de wijze die binnen de instelling of samenwerkingsverband gebruikelijk is
- de arts bespreekt fouten en complicaties uit zichzelf met de patiënt en is daarover open en eerlijk
- de arts bevordert een klimaat waarin patiënten zich veilig voelen om klachten te uiten en gaat op zorgvuldige wijze met de klachten om
- de arts neemt deel aan regelmatige evaluatiegesprekken over zijn/haar functioneren
- de arts die bemerkt dat een collega schade of risico's voor patiënten veroorzaakt, onderneemt stappen om dit probleem te verhelpen.

Doktersassistenten en patiëntveiligheid:

Uit de beroepscode Doktersassistent²⁰ zijn de volgende uitspraken van belang:

- 1.3 Als doktersassistent verricht ik alleen handelingen die binnen de grenzen van mijn deskundigheid liggen.
- 1.6 Als doktersassistent lever ik een bijdrage aan een veilige zorgverlening.
- 3.6 Als doktersassistent handel ik actief bij onethische, incompetente, onveilige of anderszins tekortschietende zorgverlening van andere zorgverleners.

Als hier gesproken wordt over zorg(verlening), gaat het vooral over het deel van de zorg waar de doktersassistent zelf verantwoordelijk voor is en dat kan overzien. De doktersassistent hoeft niet het vervolg van de zorgverlening na te gaan, maar reageert actief als zij/zie iets ziet gebeuren.

TIP *Elke praktijk of huisartsenpost kan zijn eigen "Zero Tolerance programma" maken. Kies een beperkt aantal mogelijke risico's waarvan je per se wil dat ze niet optreden en die goed te monitoren zijn. Bedenk wat de voorwaarden en benodigde hulp of ondersteuning zijn om deze risico's te kunnen vermijden en zorg dat die voorwaarden, hulp en ondersteuning gerealiseerd worden. Spreek*

ook af welke (voor alle betrokkenen acceptabele!) consequenties je onderling wilt afspreken met elkaar als de ongewenste situaties toch optreden. En ... hoe succes gevierd wordt!



2 Veilig Incident Melden (VIM), achtergrondinformatie

2.1 Inleiding

Het melden, analyseren en de aanpakken van incidenten dient verschillende doelen. Primair doel is het vaststellen van aard en omvang van onbedoelde (potentiële) schade bij de patiënt en het leren van voorkomende vergissingen, nalatigheden en fouten. Secundair doel is de bewustwording van patiëntveiligheid en het ontwikkelen van een veiligheidscultuur onder collega's.

Het is van belang om regelmatig de veiligheidsbril op te zetten bij het terugkijken naar prestaties en bij het nemen van beslissingen over de organisatie van huisartsenzorg. Hierbij is nodig dat je breed naar risico's kijkt, achterliggende oorzaken weet en dat je regelmatig naar patronen zoekt in risico-indicatoren als klachten, calamiteiten, incidentmeldingen, onverwachte opnames en dood van patiënten. Dit is veiligheidsmanagement²¹.

Er zijn voldoende aanwijzingen dat het melden en analyseren van incidenten een zinvolle activiteit is. Door risico's al heel vroeg te signaleren en binnen de praktijk te melden, te analyseren en met collega's bespreekbaar te maken kunnen latere en soms ernstigere gevolgen voorkomen of beter opgevangen worden²². Het hanteren van een meldingsprocedure is één van de minimum accrediteringseisen voor huisartsenpraktijken²³ en een norm in het HKZ certificeringsschema voor huisartsendienstenstructuren²⁴.

Er was zo gauw geen tolk beschikbaar voor de asielzoeker die met hevige buikpijn kampte. De dienstdoende huisarts heeft zo goed en zo kwaad als het ging een diagnose gesteld en een algemeen werkend middel voorgeschreven.

Het Spiegelproject van het UMC Utrecht laat zien dat met Veilig Incident Melden het aantal gemelde incidenten bij een huisartsenpost spectaculair toenam van 4 à 5 in de voorafgaande jaren tot 108 in het jaar van de pilot. De werkvloer was veel directer betrokken bij analyse en aanpak. Het aantal meldingen nam sterk toe ten opzichte van de eerder gehanteerde MIP-procedure (Melding Incidenten Patiëntenzorg). Het aantal meldingen stabiliseerde op ongeveer 7 per maand. Een van de verklaringen voor de toename van de meldingen was de laagdrempelige en gemakkelijke werkdefinitie van incident: 'alles wat niet de bedoeling is'. Andere verklaringen zijn de betere voorlichting over de meldprocedure, het doel ervan, de snellere en persoonlijke feedback en zichtbare verbeteringen²⁵.

Een ruime meerderheid van de huisartsenposten gebruikt al een procedure voor het melden van incidenten en calamiteiten²⁶. Op de posten wordt meestal met een MIP-commissie gewerkt. In deze handreiking wordt aanbevolen de NHG Handleiding voor het opzetten van een procedure voor Veilig Incident Melden te gebruiken.²⁷ Deze is geschikt voor huisartsenpraktijken en huisartsenposten.

Waar MIP-commissies op huisartsenposten actief zijn, is sprake van een voorsprong die het behouden waard is. Als bestaande MIP-commissies de principes van Veilig Incident Melden in hun werkwijze integreren, met de nadruk op een veilige meldcultuur, betrokkenheid van medewerkers en een korte omlooptijd, krijgt het veiligheidsmanagement op de huisartsenpost een extra impuls.

De volgende hoofdstukken gaan over Veilig Incidenten Melden als de breed omarmde methodiek voor de eerstelijnszorg (IGZ-congres Patiëntveiligheid in de eerste lijn Rotterdam, 19 juni 2008).

2.2 De veiligheid van de melder

Een voor de handliggende en terechte vraag is hoe veilig de melder bij Veilig Incident Melden daadwerkelijk is. Er zijn verschillende soorten 'meldersveiligheid':

- Collegiale veiligheid: het met opgeheven hoofd en open vizier uit kunnen komen voor fouten en nalatigheden zonder daar door collega's op aangekeken te worden. Onveiligheid in deze zin kan grote negatieve invloed hebben op functioneren en welbevinden van de zorgverlener, maar ook op het doen van meldingen. Het waarborgen van collegiale veiligheid is van groot belang. Zie **hoofdstuk 3** over patiëntveiligheidscultuur.
- Rechtsbescherming: ontslagrecht, tuchtzaken, civiele procedures en dergelijke.

Wettelijk gezien is er geen gegarandeerde veiligheid voor de melder. Uitspraken van de Inspecteur en de minister van VWS en jurisprudentie hierover wijzen wel op het onderschrijven en uitgedragen van het belang van de veiligheid van de melder. Om reële verwachtingen te hebben van de veiligheid als melder, is het goed om bij het aangaan van een traject van Veilig Incident Melden stil te staan bij de feiten en standpunten.

Standpunt Inspectie

De Inspectie vindt dat instellingen¹ moeten zorgen dat het melden van incidenten veilig kan en moet. Om die reden moet geen informatie, rechtstreeks afkomstig uit het systeem van Veilig Incident Melden aan derden worden verstrekt. De Inspectie voor de

¹ Wanneer twee of meer professionals op basis van nevenschikking een zorgbedrijf voeren, is sprake van een instelling (Memorie van Toelichting Kwaliteitswet zorginstellingen).

Gezondheidszorg (IGZ) wil daadwerkelijk een systeem waarin zorgverleners 100% veilig incidenten kunnen melden, waarin de melder niet bang hoeft te zijn dat op basis van de melding maatregelen tegen hem of haar worden genomen. Daartoe moeten externe organisaties garanderen dat zo'n systeem daadwerkelijk 100% veilig is. De Inspectie belooft geen gebruik te maken van gegevens uit interne meldingsystemen en roept andere betrokkenen, zoals de instellingsdirecties en het Openbaar Ministerie, op om datzelfde te doen²⁸.

Calamiteiten melden, maar daarbij geen (VIM)informatie meegeven

Het systeem van 'Veilig Incident Melden' als intern kwaliteitsinstrument bestaat naast de wettelijke meldingsplicht van calamiteiten bij de Inspectie op basis van de Kwaliteitswet Zorginstellingen². De Inspectie verlangt van instellingen een rapportage dat ze laat zien welke incident(en) tot een calamiteit hebben geleid, welke analyse de instelling heeft gemaakt en tot welke maatregelen dit heeft geleid. Het is de verantwoordelijkheid van de bestuurders om de informatie te verzamelen en de rapportage te maken. Inspectie adviseert dringend om bij wettelijke meldingsplicht bij calamiteiten geen informatie uit het systeem van Veilig Incident Melden aan de inspectie te verstrekken, omdat dit het principe van het systeem van Veilig Incident Melden geweld aandoet²⁹. Dat laat echter onverlet dat de Inspectie bij een wettelijke calamiteitenmelding nadere informatie kan opvragen over de betrokken hulpverleners.

Jurisprudentie

Er zijn twee rechtszaken geweest waarin meldmateriaal een rol heeft gespeeld. De rechtbank Zwolle-Lelystad oordeelde in 2007 dat de nabestaanden van een overleden patiënt recht hadden op inzage van MIP-materiaal, omdat het dossier van de patiënt op cruciale punten onvolledig bleek en de MIP-melding de enige bron van informatie was. In december 2008 oordeelde het Gerechtshof Leeuwarden in een andere zaak echter dat de onvolledigheid van een dossier **geen** reden vormt om een uitzondering te maken op veilig melden en de patiënt inzage te geven in VIM- of MIP-materiaal. Het hof benadrukt dat met de effectieve uitoefening van MIP-meldingen (Meldingen Incidenten Patiëntenzorg) zwaarwegende maatschappelijke belangen zijn gemoeid, namelijk het voorkomen van herhaling van incidenten. Het individuele belang van een patiënt moet daar volgens het Hof voor wijken³⁰.

Wettelijke regeling

Vele artsen zijn voorstander van het wettelijk regelen van de veiligheid van de melder³¹. Hieraan wordt gewerkt in de in voorbereiding zijnde Wet Cliëntenrechtzorg. Een

² Een calamiteit wordt gedefinieerd als "iedere niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis in de gezondheidszorg, die tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid". Als een zorgaanbieder denkt dat een gebeurtenis onder de wettelijke definitie van een calamiteit valt, dan moet de zorgaanbieder dat melden bij de inspectie. Het is verstandig bij twijfel te overleggen met de regionale inspectie. Ook seksueel misbruik moet gemeld worden bij de inspectie, dit is volgens de wet: 'Ieder grensoverschrijdend seksueel gedrag waarbij sprake is van lichamelijk, geestelijk of relationeel overwicht.' Website Inspectie voor de Gezondheidszorg: www.igz.nl

aandachtspunt is hoe de wettelijk vast te leggen geschillenregeling zich verhoudt tot een wettelijk vastgelegde regeling voor het veilig incidenten melden.

Disfunctionerende artsen

MIP-meldingen draaien om patiëntveiligheid en niet om het opsporen van slecht functionerende artsen. Daar is de interne kwaliteitscontrole voor. Debat UMC Utrecht 2008). Zie ook het Risicogebied ‘Persoonlijk disfunctioneren’ in deze Handreiking.

Tot slot

Toch kan uit een gemelde gebeurtenis uit andere hoek dan de VIM-procedure een klachtenprocedure, tucht- of ontslagzaak ontstaan.

Van belang is ook dat tot nu toe verwezen wordt naar het beleidsdocument ‘Veilig melden’ dat door de KNMG voor de ziekenhuissector is opgesteld en door betrokken brancheorganisaties op 1 februari 2007 is ondertekend. Er is nog geen vergelijkbare unanieme uitspraak van bestuurders van huisartsenzorgorganisaties, maar onderzocht wordt of een dergelijk document ook door LHV, VHN, NHG en LVG kan worden opgesteld.

Zie **bijlage 2** voor advies over interne afspraken voor de bescherming van de melder³².

2.3 Voorwaarden bij een veilig meldsysteem

Melden zonder angst wordt gezien als voorwaarde voor kwaliteitsverbetering. Meldingen zijn vooral een attitudekwestie. Daarbij is de bereidheid van hulpverleners om te melden en te blijven melden van groot belang, net als de wijze waarop de procedure is ingericht³³. Kernaspecten zijn:

- helderheid over wat er moet worden gemeld en door wie;
- de selectie van meldingen (meer of minder uitvoerige analyse);
- toegankelijkheid en gebruiksvriendelijkheid van de meldingsprocedure;
- deskundigheid en samenstelling van de meldingscommissie;
- de snelheid van de feedback;
- de zichtbaarheid van verbeteringen.

Praktijken kunnen het beste binnen bestaande overlegstructuren het Veilig Incident Melden structureel op de agenda zetten, en de bovenstaande zaken regelen. Het management heeft ook de algemene verantwoordelijkheid voor de invoering en uitvoering van een meldprocedure.

Behalve het bestaan van een veiligheidscultuur en een heldere procedure zijn er nog andere randvoorwaarden voor het goed functioneren van meldingssystemen. Er moeten voldoende financiële middelen beschikbaar zijn, voor personele inzet, registratiesystemen, ondersteunende ICT-voorzieningen en dergelijke. Deze moeten afgestemd zijn op een groot aantal incidenten, omdat anders het risico bestaat dat meldingssystemen aan hun

eigen succes ten onder gaan³⁴. Grotere organisaties met bestaande goede ICT-infrastructuur zouden van begin af aan moeten streven naar ICT-ondersteuning voor melden en analyseren.

2.4 Visie op patiëntveiligheid en VIM

Om te beginnen met incidenten melden is een gedeelde visie op wat fouten maken in de zorg betekent, wat een patiëntveiligheidscultuur inhoudt en wat Veilig Incidenten Melden voor medewerkers en leiding betekent, noodzakelijk. Een voorbeeld visie is: ‘Gezondheidszorg is een ‘high risk’ bedrijf en 100% veilige zorg bestaat niet. Fouten maken is menselijk en van fouten kan geleerd worden hoe het beter kan. VIM focust op het voorkomen van schade bij de patiënt en is niet gericht is op ‘schuld en schaamte’. VIM is een kwestie van en voor ons als hulpverleners zelf. Wij signaleren zelf, melden zelf en zijn zelf nauw betrokken bij de analyse, prioriteitsstelling en verbeteringsacties.’

Patiëntveiligheid is geen managementhobby, maar iets wat iedere zorgprofessional aangaat. Het is nodig dat het management vierkant achter de patiëntveiligheidsvisie en de methodiek van VIM staat, het achterwege blijven van represailles wegens meldingen garandeert, voorbeeldgedrag vertoont en resultaten waardeert. Van de kant van de medewerkers is er minstens één voortrekker die het veiligheidsdenken en doen stimuleert en collega’s enthousiast maakt³⁵⁺³⁶.

2.5 Patiëntveiligheidscultuur

Een patiëntveiligheidscultuur is een cultuur waarin hulpverleners en andere medewerkers zich bewust zijn van het risicovolle karakter van het eigen handelen en waarin zij bereid zijn incidenten te melden en te bespreken om daarvan te leren³⁷.

Als we het hebben over een veilige meldcultuur, dan hebben we het ook over hoe we met elkaar omgaan op de werkvloer. Is de cultuur bedekkend of onverschillig en laat men elkaar maar? Heerst er schijnbare veiligheid bij gratie van ‘als jij mij mijn gang laat gaan, laat ik jou ook je gang gaan?’ Zijn er collega’s die je liever niet tegenkomt als er iets mis ging, vanwege hun ongezouten kritiek? Of omdat ze niet tegen kritiek kunnen? Het helpt om fouten en vergissingen niet persoonlijk te nemen. Iedereen doet meestal gewoon zijn/haar best en je kunt elkaar beter helpen door fouten te zien en te helpen oplossen of voorkomen.

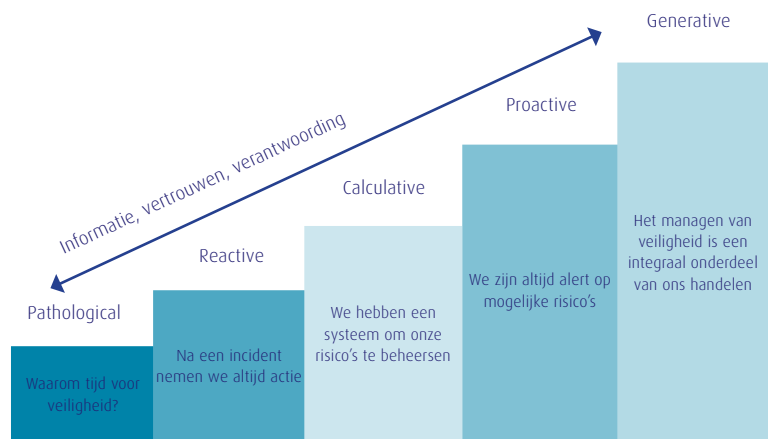
In een cultuur waar nauwkeurig werken de norm is en gestimuleerd wordt, waar ziekte en stress niet gezien worden als onwil of zwakte, waar fouten bespreekbaar zijn zonder vrees of blaam, waar nieuwe collega’s verwelkomd en goed ingewerkt worden, bestaat minder kans op fouten dan waar deze elementen ontbreken. Dan is het mogelijk van incidenten te leren³⁸.

Een altijd aanwezig aspect in de huisartsenpraktijk is de hiërarchische verhouding van de arts tot de praktijkmedewerkers. Het stelt uitdagingen aan zowel de arts als aan de medewerkers bij het uitkomen voor eigen fouten en bij het reageren op fouten van de ander. Goed voorbeeldgedrag is onmisbaar. De kunst is om bij het bespreken van incidenten niet op de persoon te spelen, maar na te gaan hoe een incident heeft kunnen gebeuren en hoe dit in de toekomst te vermijden.

2.5.1 Cultuurladder patiëntveiligheid

De cultuur in een team laat zich plaatsen op de 'cultuurladder'³⁹: een oplopende reeks van ontkenning van fouten naar patiëntveiligheid als vanzelfsprekend aspect van het werken.⁴⁰ Het is een grote verworvenheid als in praktijken veilig gemeld wordt en haalbare en praktische veiligheidsverbeterende maatregelen worden geïntegreerd (stap 3: calculatief). Nog mooier is het als een proactief en zelfs generatief stadium bereikt kan worden.

De ladder naar een betere veiligheidscultuur



TIP Alle 1000 erkende Kwaliteitsconsulenten (EK) kunnen de vervolgcursus voor EK's "Veilig Incident Melden" van het NHG volgen.

TIP Formuleer in eigen woorden waarom je patiëntveiligheid met het Veilig Incidenten Melden gaat verbeteren, bijvoorbeeld:

1. Bij praktijk/huisartsenpost willen we inzicht hebben in de incidenten en klachten van de cliënten en tussen medewerkers onderling.
2. We willen er van leren en herhaling voorkomen.
3. We kunnen door onze VIM procedure aangeven dat we zorgvuldig werken en

... dus het gevoel van veiligheid voor de patiënt verbeteren.

4. Laagdrempeligheid creëren in het onderling feedback geven. Fouten maken mag, we gaan daar zorgvuldig mee om.
5. Wij zorgen voor u en voor elkaar.
6. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling meldingen te doen om oordelen te vellen over goed of fout. Maar bespreekbaar maken waarom het zo gelopen is en of het ook anders kan.

TIP Sta tijdens een overleg stil bij de vraag hoe men zichzelf en elkaar gewoonlijk bejegent als het om de vergissingen en fouten in het werk gaat. Voelen we ons onderling veilig genoeg om uit te komen voor wat mis ging? Krijgen we uitbranders van onze leidinggevenden als een fout aan het licht komt? Durven we net zo lang door te vragen tot we een nieuw apparaat of instrument echt goed snappen, zonder voor dom gehouden te worden? Wat maakt ons onderling kortaf of beschuldigend? Hoe worden we het liefst door een ander geattendeerd op een vergissing of fout?

TIP In de LVG-Praktijkwijzer Deel 3 'Het werkklimaat'⁴¹ is een vragenlijst opgenomen waarmee het werkklimaat in beeld gebracht kan worden.

TIP Doe een nulmeting in de eigen praktijk of huisartsenpost op alle relevante punten (visie en cultuur) om vast te stellen hoe klaar de praktijk of huisartsenpost is om met Veilig Melden te beginnen en/of waar nog aan gewerkt moet worden. Voor cultuurmeting is een instrument in ontwikkeling (Scope).

TIP Kies het juiste moment voor de invoering van VIM. Begin niet als de voorwaarden onvoldoende gerealiseerd zijn. Wacht niet onnodig lang en vertrouw ook op de veranderkracht van de veilige meldprocedure.

TIP Voor algemene aanbevelingen bij de start van een VIM-traject en een voorbeeldagenda van een startbijeenkomst, zie bijlage 1.



WERKFORMULIER: PRIORITEITEN VOOR EIGEN PRAKTIJK OF HUISARTSENPOST

Praktijk:

Huisartsenpost:

Naam:

Functie:

Datum:

Mijn voorkeur bij werken aan patiëntveiligheid gaat voor de komende periode uit naar:

- o Verbeteren van professioneel handelen, zie keuzelijst hieronder
- o Veilig Incident Melden
- o Verbeteren van professioneel handelen en Veilig Incident Melden
- o NHG-Praktijkaccreditering®

	Van de onderstaande onderwerpen zou ik extra aandacht willen geven aan:	Voorselectie (aankruisen)	Prioriteit 1= laag 5 = hoog	Handreiking pagina:
1	Telefonische bereikbaarheid: spoedlijn			36
2	Urgentieherkenning (triage)			37
3	Directe levensbedreiging			38
	<ul style="list-style-type: none"> ● reanimatie ● TIA/CVA ● subarachnoidale bloeding (SAB) ● infarcten 			
4	Infectie			39
	<ul style="list-style-type: none"> ● infectiepreventie (handhygiëne, naaldenbeleid) ● immunisatie ● melden van infectieziekten 			

	Van de onderstaande onderwerpen zou ik extra aandacht willen geven aan:	Voorselectie (aankruisen)	Prioriteit 1= laag 5 = hoog	Handreiking pagina:
5	Medicatie			40
	<ul style="list-style-type: none"> overdracht van medicatiegegevens polyfarmacie antistolling NSAID's herhaalreceptuur ouderen kinderen spoedmedicatie therapietrouw 			
6	Kwetsbare patiëntengroepen			
	<ul style="list-style-type: none"> ernstig zieke, snel verslechterende en terminale patiënten oudere patiënten kindermishandeling jonge kinderen tolkbehoefte patiënten overige risicopatiënten 			43 44 45 46 46 47
7	Moeilijke of zeldzame diagnoses			47
	<ul style="list-style-type: none"> toetsgroepbijeekomst(en) "Gemiste diagnoses en onverwacht overlijden" 			
8	EPD			48
	<ul style="list-style-type: none"> volledigheid actualiteit, ook van het medicatiedossier 			

	Van de onderstaande onderwerpen zou ik extra aandacht willen geven aan:	Voorselectie (aankruisen)	Prioriteit 1= laag 5 = hoog	Handreiking pagina:
	<ul style="list-style-type: none"> ICPC-gebruik SOEP invoeren van uitslagen en dergelijke door doktersassistenten 			
9	Overdrachten afstemming			49
	<ul style="list-style-type: none"> tussen huisartsen en doktersassistenten/POH tussen praktijk en huisartsenpost met andere disciplines tussen tweede- en eerstelijnszorgverleners bij opnames in en ontslag uit het ziekenhuis 			
10	Dagelijkse praktijkorganisatie			50
	<ul style="list-style-type: none"> risicovolle situaties en momenten op de dag aanvullende diagnostiek maken/noteren/wijzigen van (consult) afspraken informatie en communicatie logistieke zaken 			
11	Persoonlijk disfunctioneren			53
Toelichting op mijn selectie van onderwerpen en prioriteiten:				



3 Veiligheidsmanagement in de praktijk: Professioneel handelen

De meest basale manier om risico's te beheersen is te zorgen voor optimaal professioneel handelen op risicogebieden. Patiënten kunnen schade lijden door verkeerd handelen, maar ook door het achterwege blijven van goede zorg. Het kennen en adequaat toepassen van de beroepsstandaarden op risicogebieden is dus van groot belang.

Veiligheidskunde begint aan de kant van professioneel handelen met prestatie management op onmiskenbare risicogebieden, met het loslaten van vrijblijvendheid waar dat om patiëntveiligheidsredenen niet kan, met het sturen op uitkomsten en met een "Zero Tolerance" houding als teken van serieus commitment⁴².

Overzicht risicogebieden voor de huisartsenzorg

De in deze handreiking opgenomen risicogebieden zijn gebaseerd op het NIVEL-onderzoek naar Patiëntveiligheid in de eerste lijn in Nederland³⁺⁴³. Hieraan zijn, mede door het nog ontbreken van onderzoeksgegevens, de 'common sense' veiligheidsrisico's van het oplopen van een infectie en het behoren tot een vijftal specifieke kwetsbare patiëntengroepen toegevoegd⁴. De lijst is opgesteld als voorlopige⁵ invulling van patiëntveiligheid aspecten, zodat het in de praktijk houvast geeft om risico's te voorkomen. De risicolijst is uitgewerkt naar beschikbare normen, standpunten, richtlijnen en mogelijkheden voor (bij)scholing c.q. geaccrediteerde cursussen. Op de websites van de organisaties die de scholing bieden is meer informatie te vinden (zie pagina 7). In het bijzonder wordt verwezen naar de minimumeisen voor NHG-Praktijkaccreditering voor de cyclus 2008-2010⁴⁴.

Er is onderscheid gemaakt tussen praktijken en huisartsenposten. In elk schema is te zien voor wie genoemde zaken vooral bedoeld zijn: huisartsen, POH, verpleegkundigen en/of doktersassistenten. De samenwerking en overdracht tussen huisarts en apotheker is ondergebracht onder de rubriek 'Medicatie'. Met het oog op de toekomst is bij risicogebied 8 gekozen voor de term EPD in plaats van HIS.

3 Triage door de huisarts en de doktersassistent, diagnostische fase, medicamenteuze behandeling, communicatie, administratieve fouten, dossierfouten, bereikbaarheid en toegankelijkheid.

4 Bij monde van de expertgroep die de totstandkoming van deze handreiking begeleidde, zie inleiding.

5 In afwachting van onderzoeksresultaten m.b.t. risicogebieden in de huisartsenzorg in Nederland

RISICOGEBIEDEN HUISARTSENZORG
BEREIKBAARHEID
TELEFONISCHE BEREIKBAARHEID
<ul style="list-style-type: none"> • spoedlijn
PATIËNTENZORG
TRIAGE
<ul style="list-style-type: none"> • urgentieherkenning
DIRECTE LEVENSBEDREIGING
<ul style="list-style-type: none"> • reanimatie • TIA/CVA • subarachnoidale bloeding (SAB) • infarcten
INFECTIE
<ul style="list-style-type: none"> • infectiepreventie (handhygiëne, naaldenbeleid) • immunisatie • melden van infectieziekten
MEDICATIE
<ul style="list-style-type: none"> • overdracht van medicatiegegevens • spoedmedicatie • polyfarmacy • antistolling • NSAID's • therapietrouw • herhaalreceptuur • ouderen • kinderen • verkeersveiligheid
KWETSBARE PATIENTENGROEPEN
<ul style="list-style-type: none"> • ernstig zieke, en snel verslechterende en terminale patiënten • oudere patiënten • jonge kinderen • tolkbehoefte patiënten • overige risicopatiënten
MOEILIJKE OF ZELDZAME DIAGNOSES

EPD
EPD
<ul style="list-style-type: none"> • volledigheid • actualiteit, ook van het medicatiedossier • ICPC-gebruik • SOEP • invoeren van uitslagen en dergelijke door assistenten
OVERDRACHT EN AFSTEMMING
OVERDRACHT EN AFSTEMMING
<ul style="list-style-type: none"> • tussen huisartsen en doktersassistenten/POH • tussen praktijk en huisartsenpost • met andere disciplines • tussen tweede- en eerstelijnszorgverleners bij opnames in en uit het ziekenhuis
WERKPROCESSEN EN COMMUNICATIE
DAGELIJKSE PRAKTIJKORGANISATIE
<ul style="list-style-type: none"> • risicovolle situaties en momenten op de dag • aanvullende diagnostiek • maken/noteren/wijzigen van (consult)afspraken • informatie en communicatie • logistieke zaken

Bij de onderstaande uitwerking geldt dat ook coördinatoren of managers verantwoordelijkheden hebben of dat er meer functies betrokken zijn. Voor de overzichtelijkheid is steeds gekozen bij de meest aannemelijke verantwoordelijke of uitvoerende aan te sluiten.

HA = huisarts
 DA = doktersassistent/ triage-assistent
 POH = praktijkondersteuner
 Man/Co = manager/coördinator
 APO = apotheek

PRAKTIJK TELEFONISCHE BEREIKBAARHEID		
	<ul style="list-style-type: none"> spoedlijn 	
	<p>Onnodig ernstige(re) schade door slechte bereikbaarheid van de huisarts wordt maatschappelijk terecht als zeer onacceptabel ervaren. De telefonische bereikbaarheid in de huisartsenzorg was anno 2008 tijdens kantooruren ernstig onder de maat en moest sterk verbeteren⁴⁵.</p>	
	Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering
Man/Co DA	Er is een goed functionerende spoedlijn waarbij een spoedoproep vlot beantwoord dient te worden. (minimumeis NHG-Praktijkaccreditering [®])	Leidraad Telefonische bereikbaarheid (NHG). LHV-Toolkit Bereikbaarheid (LHV).
	M.i.v. 2010 zal een landelijk vastgestelde norm gelden voor de maximaal verantwoorde wachttijd.	Scholing Bijscholing telefonische bereikbaarheid (NHG). Met de uitkomsten van een quickscan wordt in deze bijscholing een persoonlijk verbeterplan gemaakt en geleerd om dit plan direct te vertalen naar de eigen praktijksituatie.
	Spoednummers mogen geen antwoordapparaat hebben, maar worden direct beantwoord of worden doorgeschakeld naar een dienstdoende vervanger. Alle huisartsenpraktijken hebben een speciaal spoednummer dat bekend is bij hun patiënten via folders, website en de telefoongids. Bovendien dient de inzet van antwoordapparaten ook voor gewone bereikbaarheid drastisch te worden verminderd ⁴⁶ .	Bijscholing communicatietraining aan de telefoon voor doktersassistenten (NHG). Diverse scholingsmogelijkheden worden aangeboden door commerciële aanbieders ROS of WDH.

HAP TELEFONISCHE BEREIKBAARHEID		
	<ul style="list-style-type: none"> spoedlijn 	
	<p>Onnodig ernstige(re) schade door slechte bereikbaarheid van de huisartsenpost wordt maatschappelijk terecht als zeer onacceptabel ervaren. Bij spoedoproepen moet volgens kwaliteitskenmerk van huisartsenposten binnen 30 seconden persoonlijk contact zijn met de hulpverlener (branchenorm VHN). Uiteraard is door overmacht een langere wachttijd nooit geheel uit te sluiten.⁴⁷</p>	
	Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering
Man/Co DA	De patiënt krijgt telefonisch contact met de huisartsenpost binnen de daarvoor geldende normen voor responstijden. Er is een spoedlijn aanwezig. Bij gebruik van een antwoordapparaat krijgt de patiënt als eerste informatie over hoe bij levensbedreigende situatie direct contact met de huisartsenpost kan worden gemaakt (HKZ-Huisartsendienstenstructuren).	Scholing Bijscholing training aan de telefoon voor doktersassistenten (NHG). Divers scholingsaanbod door commerciële aanbieders ROS of WDH.
	Bij spoedoproepen moet binnen 30 seconden persoonlijk contact zijn met de hulpverlener.	

PRAKTIJK URGENTIEHERKENNING		
	Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering
Man/Co HA DA	Er is een triagesysteem aanwezig. (minimumeis NHG-Praktijkaccreditering [®])	NHG-Telefoonwijzer, een leidraad voor triage en advies (NHG). Nederlands Triagesysteem (NTS) HAAK-lijst
	Ieder zelfstandig door de doktersassistent afgehandeld contact is binnen een uur geautoriseerd door de huisarts. Op een patiënt die opvallend vaak belt, en dat geldt al als dat twee keer tijdens dezelfde dienst of zelfde episode gebeurt, moet alert gereageerd worden. In het EPD kan eenvoudig te zien zijn of van een herhaalde zorgvraag sprake is. In zo'n geval altijd de huisarts actief inschakelen.	Scholing Nascholing "Triage in de dagpraktijk" (NHG) Bijscholing telefoontraining (communicatie) voor doktersassistenten (NHG). Overig divers scholingsaanbod door commerciële aanbieders en/of georganiseerd door ROS of WDH.

HAP URGENTIEHERKENNING		
	Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering
Man/Co HA DA	Triage-assistenten zijn gediplomeerd, danwel in opleiding binnen 2 jaar gediplomeerd (Branchenorm VHN).	NHG-Telefoonwijzer, een leidraad voor triage en advies (NHG). Nederlands Triagesysteem (NTS, info@hetnts.nl) HAAK-lijst
	Voor triage is een protocol of interne richtlijn aanwezig. Hierin zijn afspraken voor autorisatie door een huisarts van door triage-assistenten gegeven adviezen opgenomen. (HKZ-Huisartsendienstenstructuren).	Scholing Verschillende opleidingsinstituten verzorgen de opleiding tot triage-assistente. (zie VHN: www.vhned.nl) Cursus Praktijkbegeleiding van triage-assistenten op de Huisartsenpost (NHG).
	De zelfstandig door de triage-assistente afgehandelde contacten worden binnen een uur geautoriseerd door de huisarts. (Branchenorm VHN).	
	Triage vindt plaats volgens de kwaliteitscriteria en afspraken over verantwoordelijkheid voor de uitvoering. (Branchenorm VHN).	Er is een gecertificeerde opleiding tot triage-assistent (VHN).
	Op een patiënt die opvallend vaak belt, o.a. als dat twee keer tijdens dezelfde dienst of zelfde episode gebeurt, moet alert gereageerd worden. In het EPD kan eenvoudig te zien zijn of van een herhaalde zorgvraag sprake is. In zo'n geval altijd de huisarts actief inschakelen.	

PRAKTIJK HAP	DIRECTE LEVENSBEDREIGING	
	<ul style="list-style-type: none"> reanimatie TIA/CVA subarachnoidale bloeding (SAB) infarcten 	
	De consequenties en levensbedreigende situaties kunnen zo desastreus zijn dat de voorwaarden om deze te voorkomen zeer goed afgesproken en afgestemd moeten zijn. Iedere verantwoordelijke weet precies wat te doen. Probleem is dat deze situaties elke keer weer anders zijn en zich niet makkelijk laten vangen in protocollen. Het beste is met collega's regelmatig te kijken naar levensbedreigende situaties en daarvan te leren.	
	Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering
Man/Co HA	<p>Indicatoren veiligheid acute zorg (NHG, in ontwikkeling).</p> <p>De dokterstas bevat <i>minimaal</i> als inhoud:</p> <ul style="list-style-type: none"> inventarislijst met verloopdatum ampullen volgens de Checklist Geneesmiddelen Spoed bloedglucosestrip nitroglycerine in sprayvorm geen verlopen materialen handschoenen (minimaleis NHG-Praktijkaccreditering®). <p>Er is een volledige anafylaxieset aanwezig (minimaleis NHG-praktijkaccreditering).</p> <p>Er is altijd iemand bereikbaar in de praktijk die anafylaxie kan behandelen.</p> <p>Farmacotherapeutische Richtlijnen voor spoedeisende situaties (NHG).</p> <p>Bij ECG's mag de patiënt niet naar huis voor het ECG beoordeeld is.</p> <p><u>Spoedmedicatie</u> Farmacotherapeutische Richtlijnen spoedeisende situaties (NHG).</p>	<p><u>Intercollegiale toetsing</u> Sterfgevallen in de praktijk of op de huisartsenpost kunnen intercollegiaal worden besproken, waarbij wordt besproken of adequaat huisartsgeneeskundig handelen volgens NHG-Standaard plaats vond en leerpunten worden vastgesteld. Het is zinvol om het onderwerp structureel te agenderen op</p> <ul style="list-style-type: none"> toetsgroep (de EKC kan hier een rol bij spelen) werkbesprekingen HAGRO-overleg of andere bestaande overlegmomenten. <p><u>Begeleide intervisie</u> Begeleide intervisie is door NHG-supervisors/coaches mogelijk (NHG), NHG website: expertgroepen/supervisie.</p> <p>Scholing "Dokter kom snel". cursus spoedeisende geneeskunde voor huisartsen. (NHG en OSG: Opleidingsinstituut Spoedeisende Geneeskunde VVAA).</p> <p>Asklepion-leergang. "Ken je standaard" (NHG).</p> <p>Cursusaanbod ROS/WDH/NVDA. O.a. Acut onwel (NVDA)</p> <p>Reanimatiecursus jaarlijks voor huisartsen, praktijkondersteuners en assistenten.</p>
DIRECTE LEVENSBEDREIGING		
Man/Co HA	<p>Een defibrillator is aanwezig. (HKZ-Huisartsendienstenstructuren)</p> <p>Norm aanrijtijden (VHN).</p>	

PRAKTIJK	INFECTIE	
	<ul style="list-style-type: none"> infectiepreventie (handhygiëne, naaldenbeleid) immunisatie melden van infectieziekten <p>Hoewel de incidentie voor infecties klein is, zijn de gevolgen groot en is slordigheid bij infectiepreventie maatschappelijk onacceptabel. Ook is er vaak sprake van niet gepaste zuinigheid. Zonder handschoenen kan ook, gaat nu eenmaal niet op. Patiëntveiligheid en hulpverlenersveiligheid gaan hier hand in hand.</p>	
	Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering
Man/Co HA POH DA	<p>WIP-richtlijn 'Infectiepreventie in de huisartsenpraktijk' (Stichting Werkgroep Infectie Preventie, www.artsennet.nl, www.wip.nl).</p> <p>Richtlijn prikaccidenten (RIVM).</p> <p>Richtlijnen Accidenteel bloedcontact m.b.t. prik- en bijtaccidenten (Stichting Werkgroep Infectie Preventie, www.artsennet.nl, www.wip.nl).</p> <p>Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektenbestrijding (LCI, www.artsennet.nl).</p> <p>Richtlijn Reiniging, desinfectie en sterilisatie in de openbare gezondheidszorg (RIVM, www.artsennet.nl).</p>	<p>Leidraad voor infectiepreventie in de huisartspraktijk (NHG)</p> <p>Scholing Programma 'Leidraad voor infectiepreventie in de huisartspraktijk'.</p> <p>Geaccrediteerde cursus "Hygiëne in de huisartsenpraktijk" (NVDA).</p>
HAP	INFECTIE	
	<ul style="list-style-type: none"> infectiepreventie (handhygiëne, naaldenbeleid) immunisatie melden van infectieziekten 	
	Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering
Man/Co HA POH DA	<p>De huisartsenpost heeft voor hygiëne en infectiepreventie een werkwijze vastgesteld en geïmplementeerd waarnaar gehandeld wordt. (HKZ-Huisartsendienstenstructuren).</p> <p>Geldende ziekenhuisrichtlijnen voor huisartsenposten gevestigd in ziekenhuizen (Stichting Werkgroep Infectie Preventie, www.artsennet.nl, www.wip.nl)</p>	<p>Leidraad Infectiepreventie op de Huisartsenpost, inclusief implementatietips (VHN).</p> <p>Scholing Interne scholing huisartsenpost.</p>



PRAKTIJK	MEDICATIE
	<ul style="list-style-type: none"> ● Overdracht van medicatiegegevens ● Spoedmedicatie ● Polyfarmacy ● Antistolling ● NSAID's ● Therapietrouw ● Herhaalreceptuur ● spoedmedicatie ● Ouderen ● Kinderen ● Verkeersveiligheid
	<p>Medicatie is een enorme bron van fouten waar veel meer aandacht (contra-indicaties, interacties, doseringen m.n. bij verminderde nierfunctie) voor zou moeten komen. Het EPD kan dit goed ondersteunen. Het kost veel tijd om dit goed op orde te brengen. De grootste risico's ontstaan als verschillende specialisten medicatie gaan voorschrijven en dit niet op elkaar is afgestemd. De huisarts met de apotheker kunnen hier een belangrijke rol in spelen. Voorwaarde is wel dat specialisten en huisartsen elkaar snel op de hoogte brengen van veranderingen in de medicatie en dat is iets wat niet goed gebeurt. Internetapotheken ondermijnen dit systeem omdat er geen overleg mogelijk is tussen voorschrijver en apotheker. Medicatieveiligheidsrisico's liggen vooral op de loer bij het herhaald krijgen van medicijnen bij chronische klachten, het gebruik van meerdere medicijnen in dezelfde periode (polyfarmacie), bij opnames in en na ontslag uit ziekenhuis en bij de specifieke risico's bij het gebruik van antistollingsmiddelen en NSAID's.</p>

PRAKTIJK	MEDICATIE				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Richtlijnen, normen, standpunten</th> <th>Aanknopingspunten bij uitvoering</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>Algemeen</p> <p>Aanbevelingen Harm Wrestling⁴⁸</p> <p>Indicatoren medicatieveiligheid (NHG in ontwikkeling).</p> <p>Standpunt Farmacotherapiebeleid in de Huisartsenzorg (NHG) met 45 concrete aanbevelingen voor de praktijk (NHG).</p> <p>Standpunten Farmacotherapie m.b.t. specifieke middelen (NHG).</p> <p>NPA-module medicatieveiligheid (NHG-Praktijkaccreditering®).</p> <p>KEMA-eisen voor apotheekhoudende huisartsen.</p> <p><u>Spoedmedicatie</u> Farmacotherapeutische Richtlijnen spoedeisende situaties (NHG).</p> <p><u>EMD</u> Richtlijn adequate dossiervorming met het EMD (NHG).</p> <p>LESA Actueel medicatiedossier 1e lijn (begin 2010 beschikbaar)</p> <p><u>Overdracht van medicatiegegevens</u> Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens (Algemene richtlijn, opgesteld door achttien partijen waaronder LHV en NHG) Volgens deze richtlijn is er in 2011 bij elk contact met een voorschrijver een actueel medicatieoverzicht beschikbaar is. Bij spoedopname en overdracht naar een volgende schakel is dit overzicht binnen 24 uur beschikbaar.</p> <p>LESA (NHG en KNMP/WINap): Medicatieveiligheid na ontslag ziekenhuis. Huisarts en Wetenschap 2009;4:57-11.</p> <p>LESA Medicatieoverdracht in de eerste lijn (NHG-KNMP-WinAP, in ontwikkeling).</p> <p><u>Polyfarmacy</u> Multidisciplinaire richtlijn "Polyfarmacie bij ouderen" (NHG en diverse andere partijen, onder voorbehoud).</p> </td> <td> <p>Algemeen</p> <p>Farmacotherapie in de huisartsenzorg (Artikel Huisarts en Wetenschap December 2007).</p> <p>FTO-module Medicatiebewaking (DGV)</p> <p><u>EMD</u> EMD (met o.a. contra-indicatielijsten).</p> <p><u>Overdracht van medicatiegegevens</u> Implementatiemateriaal horend bij Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens (www.medicatieoverdracht.nl)</p> <p>FTO-module Medicatieveiligheid na ontslag uit het ziekenhuis (DGV).</p> <p>FTO-module Medicatieoverdracht in de eerste lijn (DGV, in ontwikkeling) .</p> <p><u>Polyfarmacie</u> FTO-module Polyfarmacie (DGV).</p> <p>Polyfarmacie: een veelvoorkomend probleem. (Artikel Huisarts en Wetenschap November 2007).</p> <p><u>NSAID's</u> Patiëntenbrief Pijnmedicatie bij volwassenen.</p> <p><u>Ouderen</u> Hoofdstuk in PraktijkWijzer Ouderenzorg (NHG, in voorbereiding).</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering	<p>Algemeen</p> <p>Aanbevelingen Harm Wrestling⁴⁸</p> <p>Indicatoren medicatieveiligheid (NHG in ontwikkeling).</p> <p>Standpunt Farmacotherapiebeleid in de Huisartsenzorg (NHG) met 45 concrete aanbevelingen voor de praktijk (NHG).</p> <p>Standpunten Farmacotherapie m.b.t. specifieke middelen (NHG).</p> <p>NPA-module medicatieveiligheid (NHG-Praktijkaccreditering®).</p> <p>KEMA-eisen voor apotheekhoudende huisartsen.</p> <p><u>Spoedmedicatie</u> Farmacotherapeutische Richtlijnen spoedeisende situaties (NHG).</p> <p><u>EMD</u> Richtlijn adequate dossiervorming met het EMD (NHG).</p> <p>LESA Actueel medicatiedossier 1e lijn (begin 2010 beschikbaar)</p> <p><u>Overdracht van medicatiegegevens</u> Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens (Algemene richtlijn, opgesteld door achttien partijen waaronder LHV en NHG) Volgens deze richtlijn is er in 2011 bij elk contact met een voorschrijver een actueel medicatieoverzicht beschikbaar is. Bij spoedopname en overdracht naar een volgende schakel is dit overzicht binnen 24 uur beschikbaar.</p> <p>LESA (NHG en KNMP/WINap): Medicatieveiligheid na ontslag ziekenhuis. Huisarts en Wetenschap 2009;4:57-11.</p> <p>LESA Medicatieoverdracht in de eerste lijn (NHG-KNMP-WinAP, in ontwikkeling).</p> <p><u>Polyfarmacy</u> Multidisciplinaire richtlijn "Polyfarmacie bij ouderen" (NHG en diverse andere partijen, onder voorbehoud).</p>	<p>Algemeen</p> <p>Farmacotherapie in de huisartsenzorg (Artikel Huisarts en Wetenschap December 2007).</p> <p>FTO-module Medicatiebewaking (DGV)</p> <p><u>EMD</u> EMD (met o.a. contra-indicatielijsten).</p> <p><u>Overdracht van medicatiegegevens</u> Implementatiemateriaal horend bij Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens (www.medicatieoverdracht.nl)</p> <p>FTO-module Medicatieveiligheid na ontslag uit het ziekenhuis (DGV).</p> <p>FTO-module Medicatieoverdracht in de eerste lijn (DGV, in ontwikkeling) .</p> <p><u>Polyfarmacie</u> FTO-module Polyfarmacie (DGV).</p> <p>Polyfarmacie: een veelvoorkomend probleem. (Artikel Huisarts en Wetenschap November 2007).</p> <p><u>NSAID's</u> Patiëntenbrief Pijnmedicatie bij volwassenen.</p> <p><u>Ouderen</u> Hoofdstuk in PraktijkWijzer Ouderenzorg (NHG, in voorbereiding).</p>
Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering				
<p>Algemeen</p> <p>Aanbevelingen Harm Wrestling⁴⁸</p> <p>Indicatoren medicatieveiligheid (NHG in ontwikkeling).</p> <p>Standpunt Farmacotherapiebeleid in de Huisartsenzorg (NHG) met 45 concrete aanbevelingen voor de praktijk (NHG).</p> <p>Standpunten Farmacotherapie m.b.t. specifieke middelen (NHG).</p> <p>NPA-module medicatieveiligheid (NHG-Praktijkaccreditering®).</p> <p>KEMA-eisen voor apotheekhoudende huisartsen.</p> <p><u>Spoedmedicatie</u> Farmacotherapeutische Richtlijnen spoedeisende situaties (NHG).</p> <p><u>EMD</u> Richtlijn adequate dossiervorming met het EMD (NHG).</p> <p>LESA Actueel medicatiedossier 1e lijn (begin 2010 beschikbaar)</p> <p><u>Overdracht van medicatiegegevens</u> Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens (Algemene richtlijn, opgesteld door achttien partijen waaronder LHV en NHG) Volgens deze richtlijn is er in 2011 bij elk contact met een voorschrijver een actueel medicatieoverzicht beschikbaar is. Bij spoedopname en overdracht naar een volgende schakel is dit overzicht binnen 24 uur beschikbaar.</p> <p>LESA (NHG en KNMP/WINap): Medicatieveiligheid na ontslag ziekenhuis. Huisarts en Wetenschap 2009;4:57-11.</p> <p>LESA Medicatieoverdracht in de eerste lijn (NHG-KNMP-WinAP, in ontwikkeling).</p> <p><u>Polyfarmacy</u> Multidisciplinaire richtlijn "Polyfarmacie bij ouderen" (NHG en diverse andere partijen, onder voorbehoud).</p>	<p>Algemeen</p> <p>Farmacotherapie in de huisartsenzorg (Artikel Huisarts en Wetenschap December 2007).</p> <p>FTO-module Medicatiebewaking (DGV)</p> <p><u>EMD</u> EMD (met o.a. contra-indicatielijsten).</p> <p><u>Overdracht van medicatiegegevens</u> Implementatiemateriaal horend bij Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens (www.medicatieoverdracht.nl)</p> <p>FTO-module Medicatieveiligheid na ontslag uit het ziekenhuis (DGV).</p> <p>FTO-module Medicatieoverdracht in de eerste lijn (DGV, in ontwikkeling) .</p> <p><u>Polyfarmacie</u> FTO-module Polyfarmacie (DGV).</p> <p>Polyfarmacie: een veelvoorkomend probleem. (Artikel Huisarts en Wetenschap November 2007).</p> <p><u>NSAID's</u> Patiëntenbrief Pijnmedicatie bij volwassenen.</p> <p><u>Ouderen</u> Hoofdstuk in PraktijkWijzer Ouderenzorg (NHG, in voorbereiding).</p>				

PRAKTIJK	MEDICATIE
	<p>Antistolling, therapietrouw en herhaalreceptuur LESA Antistolling (NHG, KNMP/WINap, FNT). LESA Therapietrouw en concordantie (NHG e.a). Herhaalreceptuur: Zie LESAs voor chronische aandoeningen.</p> <p>Ouderen MDR periodieke medicatiebeoordeling (NHG, in ontwikkeling).</p> <p>Visiestuk (NHG, in voorbereiding).</p> <p>Indicatoren voor medicatiebewaking bij ouderen (NHG, in ontwikkeling).</p> <p>Kinderen Veilige doseringen voor kinderen: www.kinderformularium.nl (Nederlands Kenniscentrum voor Farmacotherapie bij Kinderen, NKFK). Voor zover van toepassing op de huisartsgeneeskundige zorg, worden onderdelen hiervan opgenomen in de NHG-Standaarden en het NHG-Formularium.</p> <p>Verkeersveiligheid LESA (NHG en KNMP/WINap): Geneesmiddelen en verkeersveiligheid.</p>
	<p>Scholing</p> <p>PIN Polyfarmacie (NHG).</p> <p>Webcast Periodieke medicatie beoordeling (NHG).</p> <p>Internet-PIN Therapietrouw (NHG).</p> <p>Cursus Motiverende Gespreksvoering (NHG).</p> <p>Aanbod ROS/WDH/NVDA.</p>

TIP Werkwijze polyfarmacie huisartsenpraktijken ⁴⁹

De periodieke beoordeling van polyfarmacie vraagt om mondelinge bespreking per patiënt van huisarts en apotheker. Zonnodig worden er andere zorgverleners bij betrokken.

De apotheker maakt een overzicht van patiënten die langdurig vijf of meer medicijnen gebruiken. Eerst vindt een gesprek plaats met de patiënt zelf, thuis of op praktijk, met analyse van huidig gebruik, bijwerkingen, therapietrouw, wensen/zelfmedicatie etc. Huisarts en apotheker beoordelen de medicatie per patiënt vervolgens ieder afzonderlijk. De huisarts beoordeelt de medicatie vanuit het totale behandelingsperspectief en of de indicatie voor elk voorschrift nog aanwezig is. De apotheker zal vooral aandacht besteden aan mogelijke dubbelmedicatie, inadequate doseringen, interacties en de rationaliteit van de voorgeschreven medicatie. Beider beoordelingen worden in een gezamenlijk overleg besproken, waarna afspraken worden gemaakt over aanpassingen en hoe die worden doorgevoerd. De aanpassingen worden met de patiënt besproken, door de huisarts of de POH. De wijzigingen worden doorgevoerd als de patiënt akkoord is. Bij voorkeur vindt na drie maanden een evaluatie plaats om te beoordelen of de afgesproken wijzigingen ook zijn gerealiseerd.

HAP	MEDICATIE	
	Het zwaartepunt van dit risicomanagement ligt in de huisartsenpraktijk. Op de huisartsenpost is van belang het medicatiedossier van de patiënt beschikbaar te hebben en zorgvuldig te raadplegen.	
HA APO	Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering
	<p>Raadpleging medicatiedossier.</p> <p>De wettelijke verplichting voor huisartsen en huisartsenposten om aan te sluiten op het EPD gaat waarschijnlijk begin 2010 in (VWS).</p> <p>Aandacht voor het gebruik van opiaten, medicatie voor vreemde patiënten voorschrijven en het gevaar van 'shoppende' patiënten.</p>	EMD (met contra-indicatielijsten).

PRAKTIJK/HAP HAP	KWETSBARE PATIËTENGROEPEN
	<p>Bepaalde patiënten lopen groter risico op onbedoelde schade dan andere patiënten. Zolang geen onderzoeksgegevens beschikbaar zijn, is een zekere willekeur welke patiënten tot deze groep gerekend worden onvermijdelijk. In deze handreiking worden tot deze groep voorlopig gerekend:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ernstig zieke patiënten ● oudere patiënten ● kindermishandeling ● jonge kinderen ● tolkbehoefte patiënten ● patiënten bij wie je de hulpvraag niet duidelijk krijgt ● de vaker bellende patiënt (veelvragers)

PRAKTIJK	ERNSTIG ZIEKE PATIËNTEN	
	Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering
HA DA	<p>De praktijk heeft overzicht van ernstig zieke patiënten, snel verslechterende patiënten en palliatieve patiënten in de terminale fase. Het is nodig om dit systematisch bij te houden en door te geven aan de HAP. Als de patiënt niet meer ernstig ziek is of is overleden, moet dit ook doorgegeven worden aan de huisartsenpost.</p> <p>LESA Palliatieve zorg (NHG en LVW).</p>	<p>Bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Elektronische waarschuwing (dokters) aan eind van de werkdag voor assistenten dat ernstig zieke patiënten, snel verslechterende patiënten en palliatieve patiënten doorgegeven moeten worden aan de huisartsenpost. ● Visite-uitdraai faxen naar huisartsenpost. <p>Scholing PIN Palliatieve zorg deel 1 en 2 (NHG).</p>

HAP	ERNSTIG ZIEKE PATIËNTEN	
	Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering
HA DA	<p>Altijd heeft de HAP overzicht van ernstig zieke patiënten, snel verslechterende patiënten en palliatieve patiënten in de terminale fase.</p> <p>LESA Palliatieve zorg (NHG – LVW).</p>	<p>Palliatieve patiënten in de terminale fase (Handreiking VHN).</p> <p>Scholing PIN Palliatieve zorg deel 1 en deel 2 (NHG).</p> <p>Kaderopleiding Palliatieve Zorg (NHG).</p>

PRAKTIJK/HAP	OUDERE PATIËNTEN	
	Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering
HA POH	<p>Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen (NHG).</p> <p>NHG-Standaard Dementie (NHG).</p> <p>LESA's</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Decubitus (NHG –LVW) ● Dementie (NHG-NVVA) ● Depressieve stoornis (NHG-LVE) <p>Zorgstandaard Fragiele ouderen (in voorbereiding).</p> <p>Medicatie, zie risicogebied 5: Medicatie.</p>	<p>NHG-PraktijkWijzer Ouderenzorg (NHG).</p> <p>Patiëntenbrief Dementie (NHG).</p> <p>Valpreventie (preventieconsult) (NHG, in voorbereiding).</p> <p>Voorlichtingsmateriaal voor patiënten over patiëntveiligheid, therapietrouw, benzodiazepinesgebruik, NSAID's en ondervoeding (NHG, in voorbereiding).</p> <p>Handreiking Signaleringsnetwerken voor sociaal geïsoleerde ouderen (van Doorn 2006, www.vilans.nl).</p> <p>Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis. Handreiking, samenhangende zorg in de eerset lijn. (LHV e.a.).</p> <p>LHV, NVVA en NHG folder over de consultatie die de verpleeghuisarts aan huisartsen kan bieden. (in voorbereiding)</p> <p>Scholing NHG: Onderwijsmateriaal voor groepen</p> <p>NHG Kaderopleiding Ouderengeneeskunde</p> <p>Aanbod ROS/WDH/NVDA.</p>

PRAKTIJK HAP	KINDERMISHANDELING	
	<p>Kern van KNMG-beleid bij (vermoeden op) kindermishandeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kindermishandeling heeft een escalerend karakter, elk volgend letsel kan levensbedreigend zijn. ● In de nieuwe Meldcode Artsen en kindermishandeling is het accent verschoven van 'zwijgen, tenzij' naar 'spreken, tenzij'. ● Ook bij een licht vermoeden van kindermishandeling of -misbruik overlegt u met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). ● Zorg dat u altijd zinnen paraat heeft om ouders te kunnen zeggen dat u kindermishandeling vermoedt en melding aan het AMK nodig vindt. ● Als u niet zozeer mishandeling maar eerder pedagogische onmacht vermoedt, overlegt u met het consultatiebureau, het Bureau Jeugdzorg of de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) over mogelijke interventies. <p>Het doorbreken van het beroepsgeheim is onder bepaalde omstandigheden wettelijk toegestaan. Volgens artikel 53 lid 3 van de Wet op de Jeugdzorg mogen beroepsbeoefenaren met een beroepsgeheim zonder toestemming gegevens verstrekken aan het Bureau Jeugdzorg, in het bijzonder aan het AMK, als dat noodzakelijk is om kindermishandeling te stoppen of een redelijk vermoeden daarvan te laten onderzoeken (meldrecht). De arts doet een melding in beginsel op naam, maar kan desgewenst anoniem blijven ten opzichte van het gezin waarover hij zonder toestemming informatie aan het AMK verstrekt, als dit noodzakelijk is in verband met de veiligheid van de cliënt of anderen, de vertrouwensrelatie of in verband met zijn eigen veiligheid. De arts gaat terughoudend om met de mogelijkheid van anonimiteit en vermeldt uitdrukkelijk waarom hij ervan gebruik wil maken. Specifiek voor de huisartsenposten is 'De Meldcode kindermishandeling gebruiken in de huisartsenzorg' opgesteld.</p>	
	Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering
HA POH DA	<p>Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg en jeugd, hoofdstuk 4.5 Kindermishandeling (NHG).</p> <p>Artsen en kindermishandeling, meldcode en stappenplan (KNMG).</p>	<p>Handreiking: De Meldcode kindermishandeling gebruiken in de huisartsenzorg (LHV en VHN)</p> <p>Scholing</p> <p>PIN Kindermishandeling(NHG)</p> <p>De KNMG en Medisch Contact hebben met deskundigen een gratis e-learningmodule over de KNMG-Meldcode Kindermishandeling gemaakt. In casuïstiek op video komen dilemma's aan bod. Bekijk de e-learning op Mctv.nl.</p>

PRAKTIJK HAP JONGE KINDEREN		
PRAKTIJK HAP	Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering
HA DA	<p>Medicatie, zie risicogebied 5: Medicatie</p> <p><u>Koorts</u> Standaard Kinderen met Koorts, met aanbevelingen voor het herkennen van kinderen met een verhoogd risico op een ernstig beloop (NHG).</p> <p><u>Vergiftiging</u></p> <p><u>Specifieke richtlijnen in voorbereiding</u> Benauwdheid, diarree en acute gastro-intestinale problemen en valongelukken (Toekomstvisie Huisartsenzorg en jeugd, NHG 2008).</p>	<p>Scholing</p> <p>PIN Kinderen met koorts (NHG)</p> <p>Verdiepingsmodule voor toetsgroepen Kinderen met koorts (NHG).</p> <p>Asklepion Leergang "Ken je standaard 2" (NHG): module kinderen met koorts.</p>

PRAKTIJK HAP TOLKBEHOEFTEIGE PATIËNTEN		
PRAKTIJK HAP	Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering
HA POH DA	<p>Veldnormen voor de inzet van tolken in de gezondheidszorg⁵⁰ (Pharos).</p> <p>Aandachtspunt: Als de eis is dat de afspraak telefonisch moet worden gemaakt, kan dit voor deze groep heel ingewikkeld zijn.</p>	<p>Inzet (doven)tolken Folder "Wanneer laten tolken?"</p> <p>Voor een telefonische tolk: 088 255 52 33</p> <p>Tolk reserveren: 088 255 52 22.</p> <p>Doventolk: via KPN service (zie VHN nieuwsbrief februari 2009).</p> <p>Scholing PIN Huisarts en culturele diversiteit (NHG).</p> <p>Deskundigheidsbevordering voor de medewerkers die met tolken werken: info@pharos.nl, www.pharos.nl</p>

PRAKTIJK HAP OVERIGE RISICOPATIËNTEN		
	<ul style="list-style-type: none"> patiënten bij wie je de hulpvraag niet duidelijk krijgt de vaker bellende patiënt (veelvragers) 	
	Niet iedere patiënt kan goed verwoorden wat er aan de hand is of wat hij/zij van de hulpverlener verwacht (veelvragers).	
PRAKTIJK HAP	Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering
HA POH DA	<p>Twee keer binnen dezelfde dienst bellen voor hetzelfde probleem is een alarmsignaal wat bepaalt dat de urgentie categorie hoger uitvalt (NHG Telefoonwijzer) betekent automatisch (telefonisch) contact met een arts.</p> <p>Onduidelijke patiënten en veelvragers vragen extra alertheid bij doktersassistenten, POH's en huisartsen om geen problematiek over het hoofd te zien.</p>	Een overdracht van de eigen huisarts naar de huisartsenpost over veelvragers is gewenst.

PRAKTIJK HAP MOEILIJKE OF ZELDZAME DIAGNOSES		
	Gemiste diagnoses zijn nooit voor 100% te vermijden, daarvoor is het diagnoseproces in de eerste lijn te complex. Buiktumoren kunnen bijvoorbeeld makkelijk gemist worden omdat de symptomen ook op minder ernstige problematiek kunnen wijzen. Gemiste diagnoses komen pas aan het licht als door de huisarts zelf of een collega een andere diagnose overtuigend gesteld wordt. Wat kan helpen? Een terugblik met collega's in veilige sfeer.	
PRAKTIJK HAP	Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering
HA	N.v.t.	<p><u>Intercollegiale toetsingen</u> Gemiste diagnoses zijn een goed onderwerp voor intercollegiale toetsing. Als het om een gemiste ernstige diagnose gaat, kan iedere huisarts die zich meestal zonder moeite herinneren. Idealiter maakt iedere huisarts deel uit van een algemene toetsgroep, waarin ruimte en veiligheid dient te zijn voor dit soort zaken. De Erkende Kwaliteits Consulent (EKC) speelt een belangrijke rol in het functioneren van zo'n toetsgroep.</p> <p>NB. Deelname aan een toetsgroep is een herregistratieverplichting voor huisartsen. Deelname aan alleen FTO leidt er soms toe dat intercollegiale toetsing van het medisch handelen op de achtergrond raakt. De toetsgroep waarin medisch handelen ter sprake komt, omdat het vaak leidt tot bijstellen van de organisatie en dus van patiëntveiligheid.</p> <p><u>Begeleide intervisie</u> Ook is begeleide intervisie door NHG-supervisors/coaches mogelijk (NHG).</p>

PRAKTIJK HAP	EPD				
	<ul style="list-style-type: none"> • volledigheid • actualiteit • ICPC-gebruik • soep • invoeren van uitslagen en dergelijke door doktersassistenten 				
	<p>Het EPD is de sleutel tot veilige patiëntenzorg, mits het goed wordt bijgehouden en/of er niet blind op vertrouwd wordt dat het goed bijgehouden is. In het EPD dient te staan wat men met elkaar wil delen en wat nodig is voor goede follow-up en behandeling. Al degenen in de huisartsenzorg die gegevens in kunnen voeren in het EPD – huisarts, POH en assistenten – dragen zorg voor volledigheid en actualiteit van gegevens: juist en volledig ICPC-gebruik, registratie volgens SOEP, correcte weergave van uitslagen en het bijhouden van een actueel medicatiedossier.</p> <p>Het spreekt voor zich dat situaties waarin nog gebruikt gemaakt wordt van een papieren dossier de veiligheidsrisico's identiek zijn aan bovengenoemde risico's en zelfs vele keren groter wanneer een patiënt hulp zoekt bij de huisartsenpost of een collega die geen toegang heeft tot dit papieren dossier.</p>				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Richtlijnen, normen, standpunten</th> <th>Aanknopingspunten bij uitvoering</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>Man/Co HA POH DA</p> <p>De wettelijke verplichting voor huisartsen en huisartsenposten om aan te sluiten op het EPD gaat waarschijnlijk begin 2010 in (www.vws.nl).</p> <p>NHG-Richtlijn adequate dossiervorming met het Elektronisch Medisch Dossier (ADEMD) (eis NHG-Praktijkaccreditering®).</p> <p>Standpunt Huisarts en EPD (NHG, in voorbereiding).</p> </td> <td> <p>EPD-scan (NIVEL, WOK en NHG) ⁵¹. Dit is een instrument waarmee de kwaliteit van de dossiervoering in de huisartsenzorg kan worden gemeten. Zie bijlage 4.</p> <p>PraktijkWijzer Informatiebeveiliging (NHG, in voorbereiding).</p> <p>Scholing Edumedica WDH/ROS/HIS-leverancier Interne scholing door de huisartsenpost.</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering	<p>Man/Co HA POH DA</p> <p>De wettelijke verplichting voor huisartsen en huisartsenposten om aan te sluiten op het EPD gaat waarschijnlijk begin 2010 in (www.vws.nl).</p> <p>NHG-Richtlijn adequate dossiervorming met het Elektronisch Medisch Dossier (ADEMD) (eis NHG-Praktijkaccreditering®).</p> <p>Standpunt Huisarts en EPD (NHG, in voorbereiding).</p>	<p>EPD-scan (NIVEL, WOK en NHG) ⁵¹. Dit is een instrument waarmee de kwaliteit van de dossiervoering in de huisartsenzorg kan worden gemeten. Zie bijlage 4.</p> <p>PraktijkWijzer Informatiebeveiliging (NHG, in voorbereiding).</p> <p>Scholing Edumedica WDH/ROS/HIS-leverancier Interne scholing door de huisartsenpost.</p>
Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering				
<p>Man/Co HA POH DA</p> <p>De wettelijke verplichting voor huisartsen en huisartsenposten om aan te sluiten op het EPD gaat waarschijnlijk begin 2010 in (www.vws.nl).</p> <p>NHG-Richtlijn adequate dossiervorming met het Elektronisch Medisch Dossier (ADEMD) (eis NHG-Praktijkaccreditering®).</p> <p>Standpunt Huisarts en EPD (NHG, in voorbereiding).</p>	<p>EPD-scan (NIVEL, WOK en NHG) ⁵¹. Dit is een instrument waarmee de kwaliteit van de dossiervoering in de huisartsenzorg kan worden gemeten. Zie bijlage 4.</p> <p>PraktijkWijzer Informatiebeveiliging (NHG, in voorbereiding).</p> <p>Scholing Edumedica WDH/ROS/HIS-leverancier Interne scholing door de huisartsenpost.</p>				
PRAKTIJK	OVERDRACHT EN AFSTEMMING				
	<p>Overdracht en afstemming zijn processen waar makkelijk fouten en onduidelijkheden insluipen, zeker als deze onder tijdsdruk plaatsvinden. Het betreft vele kruispunten: In eigen praktijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tussen huisartsen onderling • tussen assistenten, POH en huisarts • tussen vaste medewerkers en waarnemers <p>Buiten eigen praktijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tussen praktijk en huisartsenpost • tussen tweedelij en huisartsenzorg bij opnames in en ontslag uit het ziekenhuis (met de huisartsenzorg als leverancier/ontvanger met de bijbehorende verantwoordelijkheden) • met ketenpartners <p>Aandacht verdient de regiefunctie van de huisarts bij patiënten met multimorbiditeit en de risico's gepaard gaande met toenemende taakdelegatie.</p>				

PRAKTIJK	OVERDRACHT EN AFSTEMMING				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Richtlijnen, normen, standpunten</th> <th>Aanknopingspunten bij uitvoering</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>HA POH DA</p> <p>Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens (zie risicogebied 5: Medicatie).</p> <p>Waarneemdossier huisartsenpost (NHG)</p> <p>NHG-Richtlijnen gegevensuitwisseling (opgesteld i.s.m. met andere partijen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • HASP (met specialisten) • CHP (met Huisartsenpost) • Met ambulancedienst en spoedeisende hulp <p>Overdracht van gegevens van ernstig zieke patiënten naar de huisartsenpost (zie risicogebied 6: Ernstig zieke patiënten).</p> <p>Beroepscode doktersassistent NVDA 3.4: Als doktersassistent blijf ik bij de overdracht van taken aan andere zorgverleners erop letten dat de kwaliteit van de zorgverlening aan de zorgvrager gewaarborgd is.</p> </td> <td> <p>Praktijkvoering voor de huisarts (opvolger van Handboek praktijkmanagement door J. de Haan) ⁵².</p> <p>Zie bijlage 5 voor een voorbeeld van afspraken rond risicovolle handelingen doktersassistenten; aanvulling op de voorbehouden risicovolle handelingen in BIG-protocol van Zorggroep Almere.</p> <p>Functionele samenwerking, werkboek voor samenwerkingsverbanden in de zorgsector ⁵³.</p> <p>Inzet van NHG-teamcoach (NHG).</p> <p>Scholing</p> <p>Praktijken die hun (afspraken voor) overdracht en afstemming willen verbeteren kunnen hierbij ondersteuning vragen bij de eigen ROS of WDH.</p> <p>Cursus 'Samenwerken in de praktijk' (NHG).</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering	<p>HA POH DA</p> <p>Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens (zie risicogebied 5: Medicatie).</p> <p>Waarneemdossier huisartsenpost (NHG)</p> <p>NHG-Richtlijnen gegevensuitwisseling (opgesteld i.s.m. met andere partijen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • HASP (met specialisten) • CHP (met Huisartsenpost) • Met ambulancedienst en spoedeisende hulp <p>Overdracht van gegevens van ernstig zieke patiënten naar de huisartsenpost (zie risicogebied 6: Ernstig zieke patiënten).</p> <p>Beroepscode doktersassistent NVDA 3.4: Als doktersassistent blijf ik bij de overdracht van taken aan andere zorgverleners erop letten dat de kwaliteit van de zorgverlening aan de zorgvrager gewaarborgd is.</p>	<p>Praktijkvoering voor de huisarts (opvolger van Handboek praktijkmanagement door J. de Haan) ⁵².</p> <p>Zie bijlage 5 voor een voorbeeld van afspraken rond risicovolle handelingen doktersassistenten; aanvulling op de voorbehouden risicovolle handelingen in BIG-protocol van Zorggroep Almere.</p> <p>Functionele samenwerking, werkboek voor samenwerkingsverbanden in de zorgsector ⁵³.</p> <p>Inzet van NHG-teamcoach (NHG).</p> <p>Scholing</p> <p>Praktijken die hun (afspraken voor) overdracht en afstemming willen verbeteren kunnen hierbij ondersteuning vragen bij de eigen ROS of WDH.</p> <p>Cursus 'Samenwerken in de praktijk' (NHG).</p>
Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering				
<p>HA POH DA</p> <p>Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens (zie risicogebied 5: Medicatie).</p> <p>Waarneemdossier huisartsenpost (NHG)</p> <p>NHG-Richtlijnen gegevensuitwisseling (opgesteld i.s.m. met andere partijen)</p> <ul style="list-style-type: none"> • HASP (met specialisten) • CHP (met Huisartsenpost) • Met ambulancedienst en spoedeisende hulp <p>Overdracht van gegevens van ernstig zieke patiënten naar de huisartsenpost (zie risicogebied 6: Ernstig zieke patiënten).</p> <p>Beroepscode doktersassistent NVDA 3.4: Als doktersassistent blijf ik bij de overdracht van taken aan andere zorgverleners erop letten dat de kwaliteit van de zorgverlening aan de zorgvrager gewaarborgd is.</p>	<p>Praktijkvoering voor de huisarts (opvolger van Handboek praktijkmanagement door J. de Haan) ⁵².</p> <p>Zie bijlage 5 voor een voorbeeld van afspraken rond risicovolle handelingen doktersassistenten; aanvulling op de voorbehouden risicovolle handelingen in BIG-protocol van Zorggroep Almere.</p> <p>Functionele samenwerking, werkboek voor samenwerkingsverbanden in de zorgsector ⁵³.</p> <p>Inzet van NHG-teamcoach (NHG).</p> <p>Scholing</p> <p>Praktijken die hun (afspraken voor) overdracht en afstemming willen verbeteren kunnen hierbij ondersteuning vragen bij de eigen ROS of WDH.</p> <p>Cursus 'Samenwerken in de praktijk' (NHG).</p>				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Richtlijnen, normen, standpunten</th> <th>Aanknopingspunten bij uitvoering</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>HA POH DA</p> <p>Verschillende normen (bij 'werkwijzen' en 'ketenafspraken' in HKZ-Huisartsendienstenstructuren. Vergelijkbare kenmerken in de KKK's.</p> <p>Beroepscode doktersassistent NVDA 3.4: Als doktersassistent blijf ik bij de overdracht van taken aan andere zorgverleners erop letten dat de kwaliteit van de zorgverlening aan de zorgvrager gewaarborgd is.</p> <p>Ketenspoedstandaarden (in voorbereiding Giesen 2008).</p> <p>NHG-Richtlijnen voor informatie-uitwisseling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HASP (met specialisten) (NHG) • WDH (waarneemdossier voor huisartsenpost) (NHG) • CHP (ambulancedienst-afdeling Spoedeisende Hulp) </td> <td> <p>Inzet NHG teamcoaches (NHG).</p> <p>Scholing</p> <p>Cursus 'Samenwerken op de HAP' (NHG)</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering	<p>HA POH DA</p> <p>Verschillende normen (bij 'werkwijzen' en 'ketenafspraken' in HKZ-Huisartsendienstenstructuren. Vergelijkbare kenmerken in de KKK's.</p> <p>Beroepscode doktersassistent NVDA 3.4: Als doktersassistent blijf ik bij de overdracht van taken aan andere zorgverleners erop letten dat de kwaliteit van de zorgverlening aan de zorgvrager gewaarborgd is.</p> <p>Ketenspoedstandaarden (in voorbereiding Giesen 2008).</p> <p>NHG-Richtlijnen voor informatie-uitwisseling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HASP (met specialisten) (NHG) • WDH (waarneemdossier voor huisartsenpost) (NHG) • CHP (ambulancedienst-afdeling Spoedeisende Hulp) 	<p>Inzet NHG teamcoaches (NHG).</p> <p>Scholing</p> <p>Cursus 'Samenwerken op de HAP' (NHG)</p>
Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering				
<p>HA POH DA</p> <p>Verschillende normen (bij 'werkwijzen' en 'ketenafspraken' in HKZ-Huisartsendienstenstructuren. Vergelijkbare kenmerken in de KKK's.</p> <p>Beroepscode doktersassistent NVDA 3.4: Als doktersassistent blijf ik bij de overdracht van taken aan andere zorgverleners erop letten dat de kwaliteit van de zorgverlening aan de zorgvrager gewaarborgd is.</p> <p>Ketenspoedstandaarden (in voorbereiding Giesen 2008).</p> <p>NHG-Richtlijnen voor informatie-uitwisseling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • HASP (met specialisten) (NHG) • WDH (waarneemdossier voor huisartsenpost) (NHG) • CHP (ambulancedienst-afdeling Spoedeisende Hulp) 	<p>Inzet NHG teamcoaches (NHG).</p> <p>Scholing</p> <p>Cursus 'Samenwerken op de HAP' (NHG)</p>				

PRAKTIJK HAP	DAGELIJKE PRAKTIJKORGANISATIE	
	<p>Goede organisatie helpt veiligheidsrisico's voorkómen. Misverstanden, verwarring, onduidelijkheden en nalatigheden bij de dagelijkse taken vormen een bron voor fouten en vergissingen waar de patiënt rechtstreeks de dupe van kan zijn. Dit speelt in het bijzonder als dagelijkse afspraken niet duidelijk zijn voor waarnemers of nieuwe collega's. Onduidelijkheid zorgt voor onrust en stress bij medewerkers.</p> <p>Extra Aandacht verdienen alle processen rond "uitslagen". Aandacht verdienen ook de kwetsbare momenten rond het ochtendspitsuur, pauzes en het laatste half uur in de praktijk, voordat de huisartsenpost de dienst overneemt, omgekeerd op de huisartsenpost voordat de praktijken weer open gaan. Een onrustige werksfeer waarin een ieder weet waar hij/zij aan toe is en kan vertrouwen dat praktische afspraken nagekomen worden. Conflicten belemmeren een vlotte en open communicatie.</p> <p>Elke werkplek heeft zijn eigen systematiek van organiseren, agendabeheer, afhandelen, opbergen en communiceren. Als het goed is, zijn afspraken hierover in elke praktijk en op elke huisartsenpost helder, kort en toegankelijk vastgelegd in de in een (alfabetische) klapper of iets dergelijks.</p> <p>Bij dit soort afspraken is ook aandacht nodig voor bekende momenten van onachtzaamheid of stressvolle situaties.</p> <p>Elke huisarts moet niet alleen de afspraken in de eigen praktijk kennen, maar ook die op de huisartsenpost.</p>	
	Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering
Man/Co HA POH DA		<p>Checklist praktijkhandboek LVG-Praktijkwijzer voor huisartsen en assistenten onder een dak, deel 2: Management van huisartsenpraktijken.</p> <p>Praktijkvoering voor de huisarts (opvolger van Handboek praktijkmanagement door J. de Haan)⁵⁴.</p>
		<p>Fouten en vergissingen op het terrein van agendabeheer door assistenten voorkomen door:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bekendheid met de afspraken hierover binnen eigen praktijk • voor de waarnemend huisarts een klein protocol met belangrijke telefoonnummers, uitleg praktijkorganisatie en indeling spreekuur. • juiste aanlevering van afwezigheidsdagen/uren • draagvlak/acceptatie en verantwoordelijkheidsgevoel bij de uitvoerende assistenten voor de afspraken hierover

PRAKTIJK HAP	DAGELIJKE PRAKTIJKORGANISATIE	
Man/Co HA POH DA		<ul style="list-style-type: none"> • korte feedbacklijnen over succes en falen van de afspraken • werkdrukmanagement (LVG-Praktijkwijzer voor huisartsen en assistenten onder een dak, deel 5: Werkdruk) <p>Scholing Basistraining voor (aanstaande) hoofdassistenten, dokters- en apothekersassistenten: 'Coördineren in de dagelijkse praktijk' (LVG)</p> <p>Praktijken die hun (afspraken voor) dagelijkse werkzaamheden willen verbeteren kunnen hierbij ondersteuning vragen bij de eigen ROS of WDH.</p> <p><u>Begeleide intervisie</u> Ook is begeleide intervisie door NHG-supervisors/coaches mogelijk (NHG).</p>

PRAKTIJK HAP	DAGELIJKE PRAKTIJKORGANISATIE	
	Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering
Man/Co HA POH DA	De zelfstandig door de assistent afgehandelde contacten worden binnen één uur door de huisarts gefiatteerd (Branchnorm VHN).	<p>Tijd inroosteren voor overdracht van twee diensten.</p> <p>Intranet voor Huisartsenpost voor laagdrempelig toegang tot afspraken.</p> <p>Mogelijkheid om feedback te geven aan organisatie en collega's.</p> <p>Scholing</p> <p>Huisartsenposten die hun (afspraken voor) dagelijkse werkafspraken willen verbeteren kunnen hierbij ondersteuning vragen bij de eigen ROS of WDH.</p> <p>Asklepion Leergang 'Op weg in je praktijk' voor jonge artsen (NHG).</p> <p>Cursus Mentorartsen op de HAP (NHG).</p> <p><u>Begeleide intervisie</u> Ook is begeleide intervisie door NHG-supervisors/coaches mogelijk (NHG). Zie NHG website: expertgroepen/supervisie.</p>

EXTRA AANDACHT VOOR!

- De late patiënt op de vrijdagmiddag of aan het eind van de nachtdienst
- De patiënt die nooit aandringt, maar nu wel
- De grensuren tussen praktijk en huisartsenpost
- De collega die op zijn/haar tandvlees loopt
- Invallers en waarnemers

Tijdens een drukke avonddienst telefoneerde een bescheiden oudere mevrouw over een ernstig overgeevende partner. Zij antwoordde dat als het moest zij wel zou kunnen wachten tot de volgende dag. Assistent accepteerde dat en ging snel door met de volgende beller. De patiënt werd de volgende dag met uitdrogingsverschijnselen in het ziekenhuis opgenomen.

PRAKTIJK HAP	PERSOONLIJK DISFUNCTIONEREN	
	Richtlijnen, normen, standpunten	Aanknopingspunten bij uitvoering
	Een apart onderwerp is schade die een patiënt kan ondervinden door ongeschiktheid van een individuele hulpverlener door bijvoorbeeld ontoelaatbaar drank- of drugsgebruik, onvermogen samen te werken, grensoverschrijdend gedrag en/of persoonlijkheidsstoornissen. Het is een illusie te denken dat dit niet voorkomt in de huisartsenzorg. Erger nog is het als het bij jezelf of in je directe omgeving voorkomt en je daar dan de ogen voor sluit. In deze handreiking wordt volstaan met de aanmoediging ook dit soort zaken aan de kaak te stellen.	
Man/Co HA POH DA	'Modelprotocol disfunctionerende huisarts op de huisartsenpost' uitgebracht (VHN).	<p>Volgens de Gedragsregel voor artsen (KNMG 2002) en het Functioneren van de individuele arts (KNMG 2005). Over het functioneren van de individuele arts:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Artsen behoren op reguliere basis deel te nemen aan evaluatiegesprekken over de wijze waarop zij functioneren; 2. In situaties van (serieuze aanwijzingen voor) disfunctioneren, behoort een zorgvuldige procedure te worden gehanteerd, en moeten zo nodig maatregelen ter verbetering worden getroffen. <p>NHG supervisors/coaches.</p> <p>NHG loopbaanbegeleiders.</p>



4 Veiligheidsmanagement in de praktijk: De VIM-procedure

Een patiënt komt om 12.30 uur naar de praktijk omdat hij al enige keren tevergeefs geprobeerd heeft de praktijk telefonisch te bereiken. De doktersassistente vult een meldformulier in. De VIM-commissie vond de mogelijke gevolgen voor deze patiënt matig – hij moest naar de praktijk komen; de spoedlijn was wel bereikbaar –, wel deed het incident zich wekelijks voor. Een telefoontje naar de melder geeft extra informatie. Het incident wordt geanalyseerd op oorzaken. De commissie maakt eerst een tijdlijn en daarna een oorzakenboom. De gevonden basisoorzaken zijn: het management had besloten dat de praktijk de hele dag voor alle vragen te bereiken moest zijn, het rooster van de doktersassistenten was niet aangepast aan de topdrukke in de ochtend, de taakverdeling van de doktersassistenten was bij anderen niet bekend, de inrichting van de balie was niet aangepast aan de taakverdeling van de doktersassistenten, er was een verschil in ervaring tussen doktersassistenten waardoor ervaren doktersassistenten ondanks hun taak, eerst voor vragen benaderd werden. De vier afgesproken verbeteracties zijn:

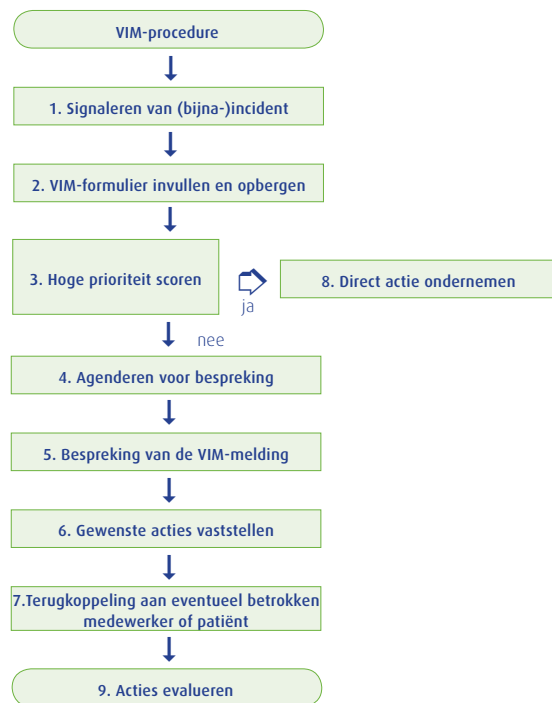
- Via de mail en mondeling werd alle medewerkers (opnieuw) de taakverdeling van de doktersassistenten duidelijk gemaakt.
- De assistenten werden geïnstrueerd bij vragen van medewerkers naar de omloop te verwijzen.
- Het rooster werd na overleg met het management aangepast aan de topdrukke in de ochtend.
- Patiënten werd via de website gevraagd voor uitslagen te bellen na 10.00 uur⁵⁵.

4.1 NHG-handleiding voor het opzetten procedure Veilig Incident Melden

Het NHG levert een compleet pakket voor het invoeren van VIM in huisartsenpraktijken en huisartsenposten. De handleiding omvat een voorbeeld VIM-procedure, een VIM-formulier, een Analyse-instrument (brainstormwerkblad) en een elftal handige tips⁵⁶. De NHG-handleiding geeft een prototype stappenplan voor een periode van drie jaar vanaf oriëntatie op het onderwerp en het maken van afspraken in het eerste jaar, via aan de gang gaan in het tweede jaar tot en met trendanalyses en prospectieve analyses in het derde jaar.

Met nadruk stelt het NHG dat de procedure bedoeld is om mee te *experimenteren*. Het pretendeert niet dat dit de ultieme werkwijze is. Ervaringen kunnen leiden tot bijstellen van dit NHG-instrument. Praktijken of huisartsenposten kunnen de hele NHG-methode adopteren, maar ook onderdelen ervan, of variaties erop. Zie ook de Algemene aanbevelingen bij de start van een VIM-traject in **bijlage 1**⁵⁷.

4.2 Schematische weergave VIM-procedure NHG



4.3 Incidenten melden

Wie melden?

De Handleiding van het NHG adviseert de melding bij voorkeur te laten doen door de medewerker die direct bij het incident betrokken is geweest. Andere medewerkers kunnen alleen melding doen, als naar hun mening de direct betrokkene ten onrechte niet zelf meldt. Dit kan dan alleen met medeweten van de direct betrokken medewerker⁵⁸. NB. In principe kunnen patiënten ook incidenten melden. Zij kunnen ook tips geven voor de verbetering van hun veiligheid. Hier is nog weinig ervaring mee opgedaan.

Bij een reisadvies is door de huisarts geen malariarecept meegegeven, terwijl dat wel aangewezen was. De patiënt wordt bij apotheek weer naar de huisarts verwezen. De huisarts maakt een melding.

Wat wordt gemeld?

In principe komt elke onbedoelde gebeurtenis in het zorgproces die tot schade bij de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of nog zal leiden in aanmerking om gemeld te worden.

'ALLES DAT NIET DE BEDOELING WAS'

De praktische definitie van een incident, gebruikt in het Spiegelproject in Utrecht. De filosofie is "Alle mogelijke incidenten, groot en klein, óók als ze nog niet geleid hebben tot schade, kunnen worden gemeld. Hoe meer er wordt gemeld, des te meer er voorkomen en verbeterd kan worden". Bij incident melden spelen altijd vijf vragen: wie, wat, hoe vaak, op welke wijze en bij wie?

Incidenten bij een huisartsenpraktijk of op een huisartsenpost spelen zich (in willekeurige volgorde) af over werkprocessen, van het medisch-inhoudelijk handelen, bij communicatieprocessen, overleg en samenwerking, en/of zij betreffen zaken over materiaal, apparatuur en logistiek.

De NHG-handleiding VIM vergemakkelijkt het signaleren en melden van incidenten door op een (voorbeeld) meldformulier al soorten incidenten aan te geven.

Proces

- Contact leggen
- Registratie & Administratie
- Patiëntenstroom
- Triage
- Onderzoek
- Behandeling
- Verwijzing
- Fiatteren
- Overdracht op praktijk of huisartsenpost
- Zorgketen
- Opleidingssituatie

Medisch inhoudelijk handelen

- Onjuiste uitvoering klinische taak
- Onjuiste diagnose gesteld
- Onjuiste behandeling ingesteld

Communicatie, overleg, samenwerking

- Huisarts
- AIOS
- Praktijkondersteuner
- Doktersassistent
- Paramedicus
- Praktijkmanager
- Chauffeur

Materiaal, apparatuur, logistiek

- Medische apparatuur / -instrumenten
- Telefonie
- Internet
- EMD
- Elektronische koppeling huisartsenpost

De incidenten kunnen door de melder zelf waargenomen zijn, door patiënten, aan de balie of telefoon.

Hoe vaak wordt er gemeld?	Incident bij afspraken maken
<p>Een huisartsenpraktijk of huisartsenpost kan uit verschillende methoden van melden kiezen. Er kan voor gekozen worden om continu te signaleren en te melden, maar ook om gebruik te maken van 'meldweken'⁵⁹. De ervaring leert dat bij continue melden de fut er naar verloop van tijd uit gaat en het moeilijk is de motivatie op te peppen en gaande te houden. Dit ligt anders bij de meldweken. Iedereen staat dan als het ware op scherp en als de timing goed gekozen is, kan je ervan uitgaan dat vooral de meeste structurele incidenten zich wel voor zullen doen.</p> <p>Een combinatie van vaste meldweken waaraan iedereen meedoet, en opvallende zaken ook buiten de meldweken om aan te kaarten. Wees eerlijk.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> dubbele afspraak <input type="checkbox"/> verkeerde planning <input type="checkbox"/> afspraak niet gezien/vergeten <input type="checkbox"/> verkeerde naam in agenda <input type="checkbox"/> tijd in agenda weg <input type="checkbox"/> niet teruggebeld <input type="checkbox"/> gegevens zoek <input type="checkbox"/> interdisciplinair afspraak <input type="checkbox"/> procedure fout <input type="checkbox"/> incident <p>Eventueel toelichting:</p> <p>Datum:</p> <p>Melder:</p> <p><i>Incidentformuliertje op receptformaat Bron: gezondheidscentrum De Driehoek, Almere</i></p>

Een andere optie is om gedurende een bepaalde periode bij het melden te focussen op één van de tien risicogebieden uit **hoofdstuk 4** of bepaalde onderdelen daarvan.

Als een melding een calamiteit betreft

Melden van calamiteiten is een wettelijk verplichte externe verantwoording⁶⁰. Als een calamiteit bekend wordt via de procedure Veilig Incident Melden, wordt die melding eruit gehaald om aan de inspectie te melden. Een calamiteit (zeer ernstig incident) kan na melding bij inspectie intern met de VIM-methodiek geanalyseerd worden. Ook bij deze gevallen geldt: hoe beter de analyse, hoe doelmatiger het verbeterplan en hoe kleiner de kans op herhaling.

Hoe wordt er gemeld?

Een standaard, evt. digitaal formulier met voorgestructureerde vragen maakt zowel invullen als analyse makkelijker. Door gebruik te maken van eenduidige structuur zijn patronen van type meldingen beter te herkennen. Zie voorbeeld hiernaast⁶¹.

- Datum melding
- Melder
- Betrokkenen, evt. patiënt
- Datum gebeurtenis
- Korte beschrijving
- Wat had kunnen gebeuren
- Categorie
- Geschat risico
- Acties
- Besprekdatum
- Afrondingsdatum

Bij wie wordt er gemeld?

Meldingen komen binnen bij de VIM-coördinator. Voor praktische tips zie **bijlage 1**. Er zijn twee stromingen in het denken over wie bij voorkeur coördineert: management/leidinggevende, met mogelijk daadkrachtig, of een collega, met mogelijk een groter gevoel van veiligheid.

4.4 Incidenten ordenen, prioriteren en analyseren

De commissie komt tijdens een pilot elke twee weken bijeen om meldingen te verwerken. Het verwerken bestaat uit het ordenen van de meldingen, het selecteren van meldingen voor directe diepgaande analyse en het analyseren en feedback geven aan de melders en werkvloer. Van elk incident wordt het risico ingeschat door de ernst van de gevolgen van het incident en de frequentie van optreden te bepalen. Zo wordt vastgesteld voor welke incidenten het de moeite loont om nadere analyse te verrichten. Van de bevindingen wordt elke maand verslag uitgebracht aan het management van de huisartsenpost⁶². Veiligheidsmanagement is oorzakenmanagement.

De grootste valkuil bij Veilig Incident Melden is te snel 'weten' wat anders zou moeten. Echte veranderingen vinden pas plaats als de oorzaken bij de wortel aangepakt wordt. De kunst is een goede en beperkte onderwerpkeuze te maken (prioriteiten) en die onderwerpen echt goed uit te pluizen. Niet te veel onderwerpen tegelijk aanpakken, maar zoeken naar:

- vaak dingen die steeds weer mis gaan
- erg dingen die je geen tweede keer wil meemaken gezien de veroorzaakte schade
- meer dingen waar diverse medewerkers bij betrokken zijn

In de beginfase van Veilig Incident Melden is er niets op tegen minder ernstige incidenten te selecteren. Het analyseren van eenvoudige incidenten kan veel winst opleveren.⁶³

Behalve zelf gesignaleerde en gemelde incidenten kunnen ook meldingen uit klachtenprocedures of regionale meldpunten als incidenten meegenomen worden. Of onverwachte ziekenhuisopnames en het onverwacht overlijden van patiënten die niet als incident via de meldprocedure zijn binnengekomen.

De NHG-handleiding VIM stelt dat een intensieve, tijdrovende methode niet nodig is voor vaker voorkomende en kleine (bijna-)incidenten. ‘Toch is altijd een vorm van analyse nodig en is het nuttig om een databestand op te bouwen’. Ordenen, prioriteren en analyseren is in principe de taak van de VIM-coördinator en een eventuele VIM-commissie, in nauw contact met de werkvloer.

Het verwerken van gemelde incidenten bestaat uit drie stappen:

1. ordenen naar soort, ernst en ‘eenvoudig aan te pakken’
2. prioriteiten stellen: ‘wat mag bij ons als eerste niet meer gebeuren’⁴
3. analyseren van de prioriteit(en) van de belangrijkste incidentoorzaken

Ordenen naar soort

Het gebruik van het voorgeprogrammeerd NHG-meldformulier vergemakkelijkt het ordenen van incidenten. Zie **bijlage B**.

Ordenen naar ernst

Het is van belang om *mogelijke* gevolgen in te schatten omdat een ernstig incident soms geheel toevallig goed afloopt. Dan wil je toch dat dit incident in de toekomst voorkómen wordt⁶⁵. De NHG-handleiding VIM deelt de ernst van een incident als volgt in:

- Catastrofaal - overlijden of ernstig permanent letsel en/of
 - intensieve medische behandeling.
- Groot - klein permanent letsel,
 - ernstig tijdelijk letsel,
 - ziekenhuisopname noodzakelijk, en/of
 - mogelijk veel extra kosten.
- Matig - klein tijdelijk letsel,
 - extra behandeling in de 2e lijn noodzakelijk (geen opname),
 - conflict met patiënt door vertrouwensbreuk, en/of
 - mogelijk extra kosten.
- Klein - ongemak voor patiënt zoals wachttijd, extra behandeling in de 1e lijn noodzakelijk,
 - irritatie, weinig extra kosten, en/of
 - geen letsel of geen gevolgen

Prioriteren naar ernst en frequentie

Hoe ernstiger de schade en hoe vaker een incident optreedt, hoe prangender de noodzaak er iets aan te doen. In het onderstaande schema wordt de ernst-frequentie combinatie in punten uitgedrukt⁶⁶. Hoe meer punten een incident scoort, hoe hoger de aanpak ervan op de prioriteitenlijst komt te staan.

	ERNST				
FREQUENTIE		catastrofaal	groot	matig	klein
	Wekelijks	4	3	3	2
	Maandelijks	4	3	2	1
	Jaarlijks	4	2	1	1
	< 1x per jaar	3	2	1	1

Prioriteiten stellen

Het beste kan een beperkt aantal incidenten geselecteerd worden voor analyse en aanpak. Argumenten bij de selectie kunnen dus liggen in de mate van voorkomen en ernst, maar ook in degenen die (naar verwachting) betrokken zijn bij de verbeteringsacties, de impact die verbetering kan hebben op de reputatie van de praktijk, de ingeschatte eenvoud, complexiteit, tijdsduur en mogelijke invloed op het soort incident/oorzaak. En zeker bij de motivatie in het huisartsteam om juist dat bepaalde incident de wereld uit te helpen.

Analyseren

Incidenten aanpakken bij de wortel is de meest efficiënte en effectieve werkwijze. De onderliggende lijken veel meer op elkaar dan de incidenten zelf, waardoor je verbeteringen kunt ontwerpen, gebaseerd op meerdere incidenten.⁶⁷ Methodisch analyseren is heel belangrijk. Vermijd ‘quick fixes’ – behalve voor zeer voor de handliggende eenmalige oplossingen en situaties waar snel in gehandeld moet worden uiteraard – en ‘jumping to conclusions’.

TIP *Om te voorkomen dat incidentanalyse teveel tijd gaat kosten, dan wel niet tot verbeteringsacties leidt, is het raadzaam de VIM-coördinator een speciale cursus voor VIM-analyse te laten volgen. De ROS of WDH kan helpen een geschikte cursus te vinden. www.paoh.nl, www.patiëntveiligheid.nl. Zie ook het e-learning model patiëntveiligheid voor de tweede lijn op www.vms.nl*

4.5 Brainstormwerkblad NHG-handleiding VIM

In een gezondheidscentrum is een incident uitgewerkt waarin een patiënt bij het eerste insulinercept de verkeerde toedieningsvorm meekreeg naar huis. Basisoorzaken bleken het generiek voorschrijven van medicatie door huisartsen, het feit dat de diabetesverpleegkundige al uitleg had gegeven over het

toedienen van de insuline dat dit niet meer gebeurde bij de eerste uitgifte door de apotheek en dat het controlesysteem van de apotheek dit foutje niet ontdekte. De huisartsen gaan insuline voortaan weer met merknaam voorschrijven. De casus is als voorbeeldcasus op een praktijkbijeenkomst gepresenteerd om VIM onder de aandacht te brengen⁶⁸.

Het brainstormen begint met (nogmaals) het te analyseren incident te beschrijven, in woorden, een eenvoudige tijdslijn of een stroomdiagram:

Wat gebeurde precies, met wie, in welke volgorde, met welk gevolg voor de patiënt?

Wat heeft er toe bijgedragen dat het is gebeurd?

- Invloeden van buitenaf
- Informatie en communicatie
- Taken. Protocollen en procedures
- Werkomstandigheden
- Patiënt
- Teamgebonden en sociale factoren
- Opleiding en training
- Apparatuur en materiaal
- Organisatie
- Individu

De gebieden zijn elk weer onderverdeeld in een specifieke items die onderzoek verdienen. Een voorbeeld hier de specifieke items van de categorie 'Taken, protocollen, procedures', zijn:

- Taakopvatting
- Functieomschrijving, -formulering
- Aard van werkafspraken over taken
- Beslissingsbevoegdheid
- Beschikbaarheid van werkafspraken, protocollen, procedures etcetera
- Beschikbare tijd voor taken
- Anders

Na de meest van toepassing zijnde specifieke oorzaken van het incident aangewezen te hebben, wordt verder geanalyseerd met de vragen:

Waarom kon het toen gebeuren? (beïnvloedende factoren)

Waarom kon het gebeuren? (basisoorzaken)

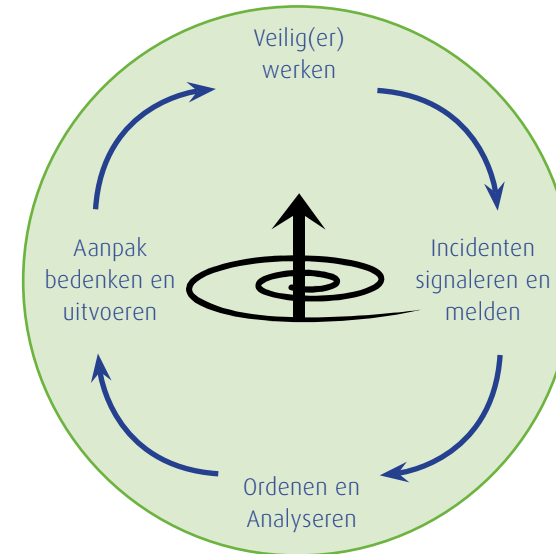
Dan kan de stap naar het verbeteren van de patiëntveiligheid gezet worden:

Hoe te voorkomen? (barrières inbouwen, verbeterplan)

4.6 Patiëntveiligheid verbeteren en borgen

Verbeteren

De procedure voor Veilig Incidenten Melden doorloopt de plan-do-check-act cirkel voor patiëntveiligheid, die in een spiraal komt. De VIM-procedure brengt de zorg op een steeds **hoger** niveau van patiëntveiligheid.



Het werken langs plan-do-check-act spiraal is vergelijkbaar met de kwaliteitszorg binnen de beroepsgroep, bekend uit de accrediteringsprincipes.

Als de oorzaken vastgesteld zijn dient dat te leiden tot actie, die de beste vorm krijgt in SMART verbeterdoelen.

- **Specifiek** *Is de doelstelling eenduidig en concreet?*
- **Meetbaar** *Onder welke (meetbare/observeerbare) voorwaarden of vorm wordt het doel bereikt?*
- **Acceptabel** *Accepteren de medewerkers en het management deze doelstelling?*
- **Realistisch** *Is de doelstelling haalbaar?*
- **Tijdgebonden** *Wanneer (in de tijd) moet het doel bereikt zijn?*

De risicogebieden

Hoofdstuk 4 van de handreiking biedt houvast bij het kiezen van verbeteracties voor specifieke risicogebieden.

Borgen

Borging vindt plaats door opname in praktijkhandboeken en interne toetsing (intercollegiale toetsing), NHG-Praktijkaccreditering (NPA), HKZ-certificering (HKZ certificatieschema voor huisartsendienstenstructuren). Regelmatig moeten eenmaal gemaakte afspraken rond patiëntveiligheid geëvalueerd worden op hun werkzaamheid: Doen we het zo? En is veiligheid inderdaad zo beter geborgd?

Uit de tweede lijn is het systematisch meten van ontoereikende veiligheid met veiligheidsindicatoren bekend, bijvoorbeeld voor decubitus en infecties. Voor de huisartsenpraktijk is een start gemaakt met indicatoren binnen het NHG-Praktijkaccrediteringsschema. Wetenschappelijk onderzoek naar patiëntveiligheid in de eerste lijn zal naar verwachting in de loop van 2009 indicatoren voor patiëntveiligheid in de huisartsenpraktijk opleveren (www.iqhealthcare.nl, www.erasmusuniversiteit.nl).

Informatie uit de patiëntenquête (Europep) van de VIA een prima indicator of je als praktijk onder de maat van de gewenste doelstelling zit en dus iets moet. Scoor je onder de 50% dan zou dat moeten leiden tot actie. De patiëntenquête heeft diverse vragen over bereik-/beschikbaarheid en over de organisatie. Neem die resultaten serieus.



BIJLAGE 1 AANBEVELINGEN BIJ START VIM⁶-TRAJECT⁶⁹

- **stel een reglement op**

Leg duidelijk vast wat er met de meldingen gebeurt. Melden om te melden is weinig motiverend. De analyse van de VIM-commissie moet aangewend worden om de kwaliteit van de hulpverleningsprocessen te verbeteren. Het moet duidelijk zijn wie voor de verbeteringsacties verantwoordelijk is.

- **gebruik een meldingsformulier**

Incidenten bespreken tijdens de teamvergaderingen. Stuur notulen hiervan aan de VIM-commissie.

- **creëer draagvlak**

Informeer de Teammanagers over het doel en de werkwijze van de VIM.

- **bested veel tijd aan het team en creëer een veilige sfeer**

Een teamavond is zeker niet overbodig! De medewerkers moeten de meldingen doen, dus ze moeten gemotiveerd zijn en zich veilig voelen. Het moet duidelijk zijn dat melden heeft geen consequenties voor de melder of degene waar het over gaat.

- **stel een commissie samen uit de verschillende disciplines**

Deze commissie moet het vertrouwen van het team hebben en een goede afspiegeling zijn van het team. De leden mogen geen managementfunctie bekleden. De taken van de commissie moeten duidelijk vastgelegd zijn, bijvoorbeeld: meldingen inventariseren, analyseren en rapporteren aan het locatiemanagement.

- **plaats een bus met slot op een voor iedereen bereikbare plaats**

- **introduceer het systeem door bijvoorbeeld een ludieke openingsactie.**

- **maak een map om de formulieren te bewaren**

- **ontwerp een schema waarin de klacht samengevat wordt:**

waar gaat het over?, wat is er gebeurd?, wat waren de consequenties?, welke disciplines waren er bij betrokken?

- **schrijf een totaaloverzicht van de meldingen die het meest voorkomen**

- **probeer hieruit verbeterpunten te formuleren voor het managementteam**

- **het management maakt hier werkafspraken over**

- **agendapunten startbijeenkomst:** *introductie, patiëntveiligheid en VIM, voor- en nadelen, voorwaarden en cultuurmeting, principebesluit, invoering, taakverdeling en tijdspad*

BIJLAGE 2 MAATREGELEN TER BESCHERMING VAN DE MELDER

Uit het KNMG Beleidsdocument Veilig Melden

De bescherming van de melder

- Het belang van goed functionerende meldingssystemen vergt een zekere mate van bescherming van de melder. De primaire verantwoordelijkheid daarvoor ligt bij de zorginstelling, door het treffen van de volgende maatregelen:
- het aanbrengen van een scheiding tussen meldingssystemen gericht op het in algemene zin verbeteren van de patiëntveiligheid worden binnen de instelling en systemen of procedures gericht op het treffen van maatregelen tegenover individuele medewerkers;
- het vastleggen van de afspraak dat informatie uit het systeem voor het melden van incidenten niet zal worden benut in procedures die kunnen leiden tot het treffen van maatregelen tegenover individuele medewerkers;
- het vastleggen van de afspraak dat meldingen, als de meldingscommissie over voldoende informatie beschikt, worden ontdaan van gegevens die herleiding tot personen mogelijk maakt;
- het vastleggen van de afspraak dat informatie uit het meldingssysteem nimmer zal worden verstrekt aan derden, tenzij de instelling daar door wet of rechterlijke uitspraak toe verplicht wordt.
- Eén enkele reactie op een incident van een instelling of externe toezichthouder kan door medewerkers als zo onrechtvaardig worden ervaren dat de bereidheid incidenten te melden (tijdelijk) sterk afneemt. Instelling en toezichthouders moeten hierop alert zijn.
- Bescherming van de melder kan nimmer betekenen dat diens individuele verantwoordelijkheid en de mogelijkheid om tegen hem maatregelen te treffen komen te vervallen. In een situatie van opzet of grove nalatigheid moeten tegen de medewerker zo nodig maatregelen kunnen worden genomen, volgens de daarvoor geëigende en van het en van het meldingssysteem te onderscheiden procedures.

Als advies geldt ook nog:

Een huisarts die een incident met een patiënt bespreekt, dient ter eigen rechtsbescherming daarbij nooit het woord “fout” te hanteren bij het beschrijven van wat gebeurd is of als noemer voor het eigen gedrag.

⁶ Het van toepassing zijnde begrip MIC (Melding Incidenten Commissie) is in deze handreiking vervangen door VIM.

BIJLAGE 3 MELDINGSFORMULIER UIT NHG-HANDLEIDING VIM ⁷¹

Meldingsformulier (bijna-)incidenten patiëntenzorg	
Dit formulier heeft uitdrukkelijk niet tot doel om te onderzoeken wie schuld heeft aan een (bijna-) incident	
Datum melding:	Datum gebeurtenis: Tijdstip ook, ivm terugkoppeling

Gegevens van de melder	
Naam:	Functie:

Gegevens over evt. betrokken patiënt	
Naam:	Geboortedatum:
Ingelicht over incident: nodig als het incident consequenties voor de patiënt heeft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Zo ja, door wie: <input type="checkbox"/> mondeling <input type="checkbox"/> schriftelijk

Betrokken medewerkers			
De melding geschiedt bij voorkeur door de direct betrokken medewerker(s). Andere betrokken medewerkers kunnen melden als zij vinden dat de direct betrokkene ten onrechte niet zelf meldt. Dit kan alleen met medeweten van de direct betrokkene.			
Naam		Naam	
Naam		Naam	
Categorie van de melding (in te vullen door VIM-coördinator)			
Meerdere kruisjes mogelijk			
hoofdgroep		specificatie	

Proces:	<ul style="list-style-type: none"> • Contact leggen • Registratie & Administratie • Patiëntenstroom • Triage • Onderzoek • Behandeling • Verwijzing • Fiatteren • Overdracht op praktijk of HAP • Zorgketen • Opleidings situatie
Medisch inhoudelijk handelen	<ul style="list-style-type: none"> • Onjuiste uitvoering klinische taak • Onjuiste diagnose gesteld • Onjuiste behandeling ingesteld
Communicatie, overleg, samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> • Huisarts • AIOS • Praktijkondersteuner • Doktersassistent • Paramedicus • Praktijkmanager • Chauffeur
Materiaal, apparatuur, logistiek	<ul style="list-style-type: none"> • Medische apparatuur / -instrumenten • Telefontie • Internet • EMD • Electronische koppeling huisartsenpost

Handelen na gebeurtenis
<input type="checkbox"/> leidinggevende gewaarschuwd met de volgende maatregelen: <input type="checkbox"/> zelf actie ondernomen met de volgende maatregelen: <input type="checkbox"/> geen actie ondernomen, omdat:
Beschrijving van de gebeurtenis

Handelen na gebeurtenis

- leidinggevende gewaarschuwd met de volgende maatregelen:

- zelf actie ondernomen met de volgende maatregelen:

- geen actie ondernomen, omdat:

(Denkbare) gevolgen van de gebeurtenis voor patiënt en arts

Suggesties om herhaling te voorkomen – verbeteracties

BIJLAGE 4 INDICATOREN EPD-SCAN

Het normatief kader voor de indicatoren is de Richtlijn Adequate dossiervoering met het Elektronisch Medisch Dossier. De indicatoren zijn tot stand gekomen met inbreng van experts van NHG, NIVEL, WOK (UMC St. Radboud) en de gebruikersvereniging van Promedico. Een inperking die daarbij is gehanteerd, is dat de indicatoren meetbaar moeten zijn via de zogenoemde NHG Professionele Samenvatting. Dit is een extract uit het medisch (huisartsen)dossier van de patiënt dat is bedoeld om huisartsen op de huisartsenpost snel inzicht te geven in de relevante condities van een patiënt. Inhoudelijke reden voor de inperking is dat juist in de acute zorg het van vitaal belang is om snel toegang te hebben tot adequate gegevens. Praktisch bijkomend voordeel is dat de Professionele Samenvatting een standaard is die geïmplementeerd is (en onderhouden wordt) in de verschillende Huisarts Informatie Systemen, waarmee een kader wordt geboden om de EPD-scan duurzaam te implementeren. De EPD-scan bevat de volgende indicatoren:

1. Indicatoren voor de volledigheid en adequaatheid van de ziektegeschiedenis:
 - hoeveel actieve episodes heeft een patiënt gemiddeld op zijn/haar episodelijst?
 - hoeveel van de episodes die een probleemstatus of 'bijzondere attentiewaarde' zouden moeten hebben, hebben deze ook inderdaad gekregen?
 - hoeveel procent van de episodes op de episodelijst heeft een geldige ICPC-code?
2. Indicatoren voor gestructureerd werken in het medisch journaal:
 - hoeveel procent van de deelcontacten in het journaal zijn gekoppeld aan een episode en, aan welke episodecategorie?
 - hoeveel procent van de deelcontacten die zijn vastgelegd tijdens consulten, telefonische contacten en visites hebben een S, O, E of P regel?
3. Indicatoren voor de compleetheit en actualiteit van het medicatieoverzicht:
 - hoeveel procent van de voorschriften op de lijst 'actuele medicatie' is onterecht als actuele medicatie gelabeld?
 - hoeveel procent van de voorschriften is gekoppeld aan een episode?
 - hoeveel procent van de voorschriften is gekoppeld aan een episode met een geldige ICPC-code?
4. Indicatoren van belang voor de medicatiebewaking:
 - van hoeveel patiënten is een geneesmiddelenallergie of -intolerantie geregistreerd?
 - van hoeveel patiënten is een contra-indicatie geregistreerd?

Vaak kan een sterke afwijking van het gemiddelde indicator een huisarts aanwijzingen geven om verder te kijken waarom zijn registratiegedrag afwijkend is.

Bijlage 5 **HANDELINGEN DOOR DOKTERSASSISTENTEN**

Behalve de voorbehouden handelingen, die in de Wet BIG genoemd worden, zijn er taken van de huisarts die aan de doktersassistent worden overgedragen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan bloeddruk meten, uitstrijkjes maken, spirometrie uitvoeren, diabetescontrole enz.. We noemen dit 'handelingen over de individuele gezondheidszorg': verrichtingen – inclusief onderzoek en advies – met het oogmerk de gezondheid van de persoon te bevorderen of te bewaken.

Buiten de eisen die de Wet BIG stelt aan het overdragen van (voorbehouden) handelingen in de individuele gezondheidszorg, heeft Zorggroep Almare een aantal aandachtspunten in kaart gebracht:

1. Over te dragen taken zijn concrete, welomschreven en goed afgebakende taken van onderzoek en behandeling. De taken zijn vastgelegd in het individuele takenpakket van de medewerker.
2. Voor de acceptatie door patiënten is van belang hoe de huisartsenpraktijk de taakoverdracht presenteert.
3. Huisarts en ondersteunend personeel moeten allen achter de taakverdeling staan en dit ook uitstralen. De patiënt moet tijdig geïnformeerd worden dat de huisarts taken heeft gedelegeerd. Voor patiënten is het belangrijk te weten dat:
 - zij altijd mogen aangeven liever door de huisarts te worden geholpen;
 - de doktersassistent voor de taken is opgeleid en dat er afspraken zijn in welke situaties de assistente de arts moet inschakelen;
 - de doktersassistent zich moet houden aan het beroepsgeheim;
 - de arts regelmatig de uitvoering van de gedelegeerde taken controleert;
 - de patiënt altijd alsnog de huisarts kan raadplegen.
4. Zowel de huisarts als de doktersassistent is gemotiveerd om de taak te delegeren dan wel op zich te nemen. De voor- en nadelen van een andere taakverdeling moeten worden besproken. Een praktijkmedewerker mag aangeven niet gemotiveerd te zijn voor een nieuwe taakverdeling. Communicatie en motivatie zijn basisvoorwaarden voor taakdelegatie.
5. De doktersassistent beschikt over voldoende kennis van zaken. Het kan nodig zijn de bestaande kennis aan te vullen. Daarbij gaat het om kennis over de aandoening, de handelingen die verricht moeten worden en de organisatie van de zorg.
6. Er worden goede instructies gegeven. Dit kan door uitleg, demonstreren, samen doen, onder toezicht doen, zelfstandig doen. Ook als de doktersassistent een bepaalde handeling in haar opleiding heeft geleerd, moeten instructies worden gegeven. Dit is nodig om kennis en vaardigheden aan te scherpen en bovendien is

het van belang dat praktijkmedewerkers de taak op dezelfde wijze uitvoeren.

7. De taak moet voldoende frequent voorkomen, zodat de doktersassistent vaardigheid in de taak kan opbouwen en behouden.
8. De doktersassistent beschikt over voldoende werkruimte en materialen om de taak op een goede manier te kunnen uitvoeren.
9. De doktersassistent beschikt over voldoende tijd om de taak te kunnen uitvoeren.
10. De overige werkzaamheden van de doktersassistente komen niet in het gedrang als ze de gedelegeerde taak uitvoert (telefoon, balie).
11. De patiënt is geïnformeerd dat de taak door de doktersassistent wordt uitgevoerd, en stemt daarmee in. Als de patiënt dat wenst, voert de huisarts de taak (alsnog) zelf uit.
12. De mogelijkheid tot ruggespraak met de huisarts moet zijn geregeld. Vooral in de beginfase is de mogelijkheid tot ruggespraak van belang. Als de doktersassistent wat meer ervaring heeft, kunnen vragen blijven wachten tot na het spreekuur of tot het werkoverleg. Voorkomen moet worden dat de doktersassistent met vragen of twijfels blijft zitten. Onduidelijkheid werkt demotiverend, met als gevolg dat de kwaliteit van de zorg onder druk kan komen te staan.
13. De huisarts controleert de uitvoering van de gedelegeerde taak regelmatig. De huisarts moet er regelmatig op toezien dat de doktersassistent de gedelegeerde taak (nog) op de juiste wijze uitvoert. In de beginfase moet de controle frequent en intensief zijn. Controleren omvat meer dan het houden van toezicht. Het moet ook worden gezien als begeleiding van de doktersassistent. Het is van belang dat een sfeer ontstaat waarin het mogelijk is over onzekerheden te praten. Juist hierdoor komen zwakke punten boven tafel en kan worden gewerkt aan verbetering. Bij de begeleiding geldt dat positieve stimulering door te benadrukken wat goed gaat, beter werkt dan negatieve stimulering door het benadrukken van fouten.
14. Er is regelmatig tijd beschikbaar om de gedelegeerde taken en eventuele knelpunten met de huisarts door te spreken. Tijdens een regelmatig werkoverleg moeten de organisatie en uitvoering van de gedelegeerde werkzaamheden aan de orde komen. Het verdient aanbeveling dit werkoverleg van tevoren te plannen, er voldoende tijd voor uit te trekken en zorg te dragen voor een agenda en een goede verslaglegging. Door dit laatste kan in een volgend overleg worden nagegaan of afgesproken maatregelen resultaat hebben gehad.

BIJLAGE 6 AFKORTINGEN

ADEMD	Adequate dossiervorming met het elektronisch patiëntendossier
CHP	Centrale Huisartsenpost
DGV	Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening
EKC	Erkend kwaliteitsconsulent
EPD	Elektronisch patiëntendossier
FNT	Federatie van Nederlandse Trombosediensten
Fto	Farmacotherapieoverleg
HAGRO	Huisartsengroep
HAP	Huisartsenpost
HASP	NHG-richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen
HDS	huisartsendienstenstructuur
H&W	Huisarts en Wetenschap
HIS	Huisartsinformatiesysteem
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
HOED	Huisartsen Onder Eén Dak
ICPC	International Classification of Primary Care
ICT	informatie- en communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IOH-R	Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde-Research
KKK's	Kritische Kwaliteitskenmerken voor de huisartsenposten
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie
LESA	Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LINKH	Landelijk Implementatie Netwerk Kwaliteitsbeleid Huisartsenzorg
MDR	Multidisciplinaire Richtlijn
LTA	Landelijke Transmurale Afspraak
LVE	Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
LVW	Landelijke Vereniging Wijkverpleging (Nu V&VN)
MIP	Melden Incidenten Patiëntenzorg
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NPA	NHG Praktijk Accreditering
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVDA	Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten
NVVA	Nederlandse Vereniging Verpleeghuis Artsen

OSG	Opleidingsinstituut Spoedeisende Geneeskunde
POH	Praktijkondersteuner Huisartsen
PIN	Programma voor Individuele Nascholing
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROS	Regionale ondersteuningsstructuur
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden
SOEP	Subjectief (anamnese, redenen voor contact), Objectief (uitkomsten van het onderzoek), Evaluatie (diagnose), Plan (voor behandeling, verwijzing, voorschrift labaanvraag)
UMC	Universitair Medisch Centrum
UMCU	Universitair Medisch centrum Utrecht
VHN	Vereniging Huisartsenposten Nederland
VIA	Visitatie Instrument Accreditatie
VVVA	Vereniging van Artsen-Automobilisten
V&VN (LVW)	Vereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WDH	Werkgroep Deskundigheidsbevordering Huisartsen
WDH	Waarneemdossier huisartsen
VIM	Veilig Incident Melden
WINAp	Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers
WOK	IQ Health Care Universiteit Nijmegen, voorheen
ZonMw	ZorgOnderzoek Nederland/Medische Wetenschappen

BIJLAGE 7 LITERATUUR

- 1 Leeuw de, JRJ e.a. Patiëntveiligheid in de eerstelijnsgezondheidszorg: stand van zaken. Utrecht, NIVEL 2008.
- 2 Wagner C., Struben V. Op weg naar een veiligheidsmanagementsysteem: een tussenstand. Utrecht/Den Haag: NIVEL/ZonMw 2007.
- 3 Wagner, C en Wal, G van der Voor een goed begrip: bevordering patiëntveiligheid vraagt om heldere definities, Medisch Contact 2005, 60: 1888-1891.
- 4 Laarhoven, E van, Patiëntveiligheid in de Huisartsenpraktijk, een diffuus begrip. Nijmegen IQ Healthcare 2008.
- 5 Gaal, S Patiëntveiligheid in de Huisartsenpraktijk, Pilot studie. Nijmegen IQ Healthcare 2008.
- 6 VWS Plan van aanpak Bevordering Patiëntveiligheid Eerstelijnszorg, april 2008.
- 7 NHG Handleiding voor het opzetten Procedure Veilig Incident Melden (VIM) Utrecht NHG 2009.
- 8 Handleiding voor het opzetten Procedure Veilig Incident Melden (VIM). Utrecht NHG 2009.
- 9 Kwaliteitswet 2005.
- 10 Zwart, D.L.M. Presentatie slotbijeenkomst SPIEGEL-project, UMCU 2009.
- 11 Zwart, DLM en Ouboter, WS Veilig incidenten melden op een huisartsenpost, Kwaliteit in Zorg nr. 5, 2008.
- 12 Zwart, DLM Presentatie slotbijeenkomst SPIEGEL-project. UMCU 2009.
- 13 Wagner e.a., Patiëntveiligheid in de eerstelijnsgezondheidszorg: stand van zaken. NIVEL 2007.
- 14 Jacobs, S Errors and adverse events in family medicine. Developing and validating a Canadian taxonomy of errors, Can Fam Physician 2007, 53(2): 270-276.
- 15 Woolf, Steven H e.a. A String of Mistakes: The Importance of Cascade Analysis in Describing, Counting, and Preventing Medical Errors, Annals of Family Medicine Inc 2004.
- 16 Reason, Human Error Reason. J Cambridge University Press 1990..
- 17 Zwart, DLM en Ouboter, WS Veilig incidenten melden op een huisartsenpost, Kwaliteit in Zorg nr. 5, 2008.
- 18 Wagnere e.a., Patiëntveiligheid in de eerstelijnsgezondheidszorg: stand van zaken NIVEL 2007.
- 19 KNMG Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht? April 2007.
- 20 NVDA Beroepscode doktersassistent, november 2008.
- 21 Zwart, DLM en Ouboter, WS Veilig incidenten melden op een huisartsenpost, Kwaliteit in Zorg nr. 5, 2008.
- 22 KNMG-Beleidsdocument veilig melden, 1 februari 2007.
- 23 NHG Minimumeisen voor de cyclus 2008-2010 van de NHG-praktijkaccreditering. Utrecht NHG 2008.
- 24 HKZ Certificeringsschema voor Huisartsendienstenstructuren. Stichting HKZ 2008.
- 25 Zwart, DLM en Ouboter, WS Veilig incidenten melden op een huisartsenpost, Kwaliteit in Zorg nr. 5, 2008.
- 26 IGZ Kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003, december 2006.
- 27 NHG Handleiding voor het opzetten Procedure Veilig Incident Melden (VIM), Utrecht NHG 2009.
- 28 IGZ Brief aan Raden van bestuur van instellingen, 9 januari 2009.
- 29 IGZ Brief aan Raden van bestuur van instellingen, 9 januari 2009.
- 30 Medisch Contact 2007 (specificatie wordt nog toegevoegd).
- 31 Molendijk, Medisch Contact 6/2008: 228.
- 32 KNMG-Beleidsdocument veilig melden, 1 februari 2007.
- 33 Legemaate J, Christiaans-Dingelhoff I, Doppegieter RMS, de Roode RP Veilig incident melden, context en randvoorwaarden. Bohn Stafleu Van Loghum Houten 2006.
- 34 Legemaate, J, Christiaans-Dingelhoff, I, Doppegieter, RMS, de Roode RP Veilig incident melden, context en randvoorwaarden. Bohn Stafleu Van Loghum Houten 2006.
- 35 Willems, R. Hier werk je veilig of je werkt hier niet. PPT-presentatie Asklepion workshop NHG 2008.
- 36 Zwart, DLM en Ouboter, WS Veilig incidenten melden op een huisartsenpost Kwaliteit in Zorg nr. 5, 2008.
- 37 VWS, Beleidsdocument Veilig Melden, 1 februari 2007.
- 38 Institute of medicine, Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses 2004. www.iom.edu.
- 39 Rein Willems, Presentatie Asklepiondag, NHG 2008
- 40 Zwart, DLM en Ouboter, WS Veilig incidenten melden op een huisartsenpost, Kwaliteit in Zorg nr. 5, 2008.
- 41 LVG, van de Rijdt, Dr. AHJ Konings, drs. JWAM, Praktijkwijzers voor huisartsen en assistenten onder één dak (4 delen: Werkgorganisatie en taakverdeling assistenten, Management van huisartsenpraktijken, Werkklimaat, Taakdelegatie Werkdruk.
- 42 Berg, M. Patiëntveiligheid op de werkvloer, wat werkt echt? Presentatie congres Kwaliteit en Patiëntveiligheid. Nijmegen 2008.
- 43 Wagner C., Struben V. Op weg naar een veiligheidsmanagementsysteem: een tussenstand. Utrecht/Den Haag: NIVEL/ZonMw 2007.
- 44 NHG Minimumeisen voor de cyclus 2008-2010 van de NHG-praktijkaccreditering, Utrecht NHG 2008.
- 45 IGZ/NPCF, 2008, Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren.
- 46 IGZ/NPCF, 2008, Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren.
- 47 IGZ, 2006, Kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003
- 48 Harm Wrestling. Een voorstel van de Expertgroep Medicatieveiligheid m.b.t. concrete interventies die de extramuraal medicatieveiligheid op korte termijn kunnen verbeteren, VWS, december 2008, Den Haag
- 49 Rijdt-Van de Ven drAHJ van de, Handreiking voor de organisatie van de medische en farmaceutische zorg aan ouderen in een verzorgingshuis en thuis, LHV 2004.
- 50 Pharos, Wanneer laten tolken? Veldnormen voor de inzet van tolken in de gezondheidszorg, Pharos, Utrecht.
- 51 NIVEL, NHG, WOK, Elektronische patiënten dossiers van huisartsen met de EPD-scan-h
Lea Jabaaï1, Robert Verheij1, Khing Njoo2, Henk van den Hoogen3, Waling Tiersma3, Herman Levelink, 2008.
- 52 Haan, J de, Praktijkvoering voor de huisarts, Elsevier 2005.
- 53 Hendrix H, Konings J, Doesburg J, Groot M de, Functionele Samenwerking, PM-reeks H NelissenBV, Baarn.
- 54 Haan, J de, Praktijkvoering voor de huisarts, Elsevier, 2005.
- 55 Zwart, DLM SPIEGEL project. Nieuwsbrieven, 2008.
- 56 NHG Handleiding voor het opzetten Procedure Veilig Incident Melden (VIM) Utrecht NHG 2009.
- 57 Mol, I Draaiboek melden Incidenten Cliëntenzorg, aanbevelingen naar aanleiding van een pilot Almere, Zorggroep Almere, Gezondheidscentrum De Driehoek 2006.
- 58 NHG Handleiding voor het opzetten Procedure Veilig Incident Melden (VIM), (2009), Utrecht, NHG.
- 59 Zwart, D.L.M. Presentatie slotbijeenkomst SPIEGEL-project, UMCU 2009.
- 60 Kwaliteitswet 2005.
- 61 Mol, I Draaiboek melden Incidenten Cliëntenzorg, aanbevelingen naar aanleiding van een pilot, 2006, Almere, Zorggroep Almere, Gezondheidscentrum De Driehoek.
- 62 Zwart, DLM en Ouboter, WS Veilig incidenten melden op een huisartsenpost, Kwaliteit in Zorg nr. 5, 2008.
- 63 Zwart, DLM, Invitational Conference handreiking Patiëntveiligheid, 12 mei 2009
- 64 Zwart, DLM SPIEGEL project. Nieuwsbrieven, 2008.
- 65 Zwart, D.L.M. Presentatie IGZ-congres Patiëntveiligheid in de eerstelijns vanzelfsprekend, 19 juni 2008.
- 66 NHG Handleiding voor het opzetten Procedure Veilig Incident Melden (VIM) Utrecht NHG 2009.
- 67 Zwart, DLM en Ouboter, WS Veilig incidenten melden op een huisartsenpost, Kwaliteit in Zorg nr. 5, 2008.
- 68 Zwart, DLM SPIEGEL project. Nieuwsbrieven, 2008.
- 69 Mol, I Draaiboek melden Incidenten Cliëntenzorg, aanbevelingen naar aanleiding van een pilot Almere, Zorggroep Almere, Gezondheidscentrum De Driehoek 2006.
- 70 Mol, I Draaiboek melden Incidenten Cliëntenzorg, aanbevelingen naar aanleiding van een pilot Almere, Zorggroep Almere, Gezondheidscentrum De Driehoek 2006.
- 71 NHG Handleiding voor het opzetten Procedure Veilig Incident Melden (VIM), (2009), Utrecht, NHG.

Auteur

Drs. E.C. Eijssens

Vormgeving

Edenspiekermann

Opmaak

Peter Verwey Grafische Producties bv

Drukwerk

ORO Grafisch Project Management

Fotografie

Yon Gloudemans Photos, Amsterdam

Locatie: Zorggroep Almere en huisartsenpraktijk Jairam Den Haag

In opdracht van

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA)

Vereniging van Huisartsenposten Nederland (VHN)



Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA)
Vereniging van Huisartsenposten Nederland (VHN)