

Bijlage 1:

Formele opdracht voor het opzetten van risicomangement in het RTIL

Inleiding

In artikel 3 van de Kwaliteitswet staat aangegeven, dat de zorgaanbieder

- De zorgverlening op zodanige wijze organiseert,
- De instelling zowel kwantitatief als kwalitatief zodanig van personeel en materiaal voorziet
- En zorg draagt voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling,

dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg. De uitvoering van dit artikel 3 omvat mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg (art. 4). De zorgaanbieder moet daarvoor op systematische wijze gegevens betreffende de kwaliteit van zorg verzamelen en registreren. Hij toetst aan de hand van de verkregen gegevens op systematische wijze in hoeverre de uitvoering van artikel 3 leidt tot verantwoorde zorgverlening. Op basis van deze toetsing worden zo nodig veranderingen en verbeteringen ingevoerd.

Overall waar mensen bij elkaar zijn kunnen zich risicovolle situaties voordoen. Dat geldt dus ook voor organisaties. Voor organisaties waar producten worden gemaakt, maar ook voor organisaties waar zorg wordt geleverd. In de gezondheidszorg wordt hulp verleend door een groot aantal medewerkers aan een kwetsbare groep mensen. Dat brengt extra risico met zich mee. Mensen maken fouten en fouten door medewerkers in de zorg kunnen risico's voor hun patiënten /cliënten betekenen. Daarnaast maakt elk individu voor zichzelf steeds de afweging als het gaat om de vraag welke risico's acceptabel zijn in het licht van een leefbaar bestaan.

Dat wordt ook gedaan door een cliënt in de gezondheidszorginstelling.

Feiten

Veiligheid wordt binnen het RTIL beschouwd als een gegeven. Een gegeven waarbij we risico gemakkelijk accepteren. Het is toch menselijk om fouten te maken. Het is toeval dat zoiets gebeurt. Jammer, maar dat hoort nou eenmaal bij ons werk. Waar mensen werken worden fouten gemaakt. Er straalt zelfs een bepaalde vorm van arrogantie uit dit bovenstaande. Wat zijn wij voor professionals die het als een vanzelfsprekendheid beschouwen dat er fouten gemaakt worden.

Komt dat door de beperkte media-aandacht of komt het door het feit dat men zelden aansprakelijk gemaakt wordt voor medisch falen?

We reageren in het RTIL op een incident als een op zichzelfstaand gegeven. Er wordt niet nagedacht over systeemfouten, laat staan over grondige analyses. Het is toch per definitie toeval.

Hieruit blijkt dat veiligheid niet echt belangrijk gevonden wordt. Het is lastig als er iets gebeurt. Het liefste zou men dit gebeuren anonimiseren of op zijn minst bagatelliseren.

Het nemen van beslissingen over risico's in het RTIL is tot nu toe gebeurd op "Fingerspitzengefühl". We reageren via meldingen naar de fonacommissie of op verslagen die rechtstreeks bij de leidinggevenden terechtkomen.. Maatregelen altijd vanuit een achterafsituatie. Als het kalf verdronken is dempt men de put.

Tevens hebben we geen methode die er voor zorgt dat we kunnen analyseren of een fout veroorzaakt wordt door menselijk falen of door een systeemfout.

Bijkomende omgevingsinvloeden:

We worden steeds meer bedrijfsmatig, cijfermatig gestuurd.

De overheid en de ziektekostenverzekeraars zorgen dat de instellingen daarop ook getoetst, gevisiteerd en gestuurd worden.

Ook de media speelt hierop in. Publicaties over fouten, risico's en disfunctioneren binnen de gezondheidszorg zijn aan de orde van de dag.

De invloed op het imago is groot.

Nog een fractie algemener:

De omgeving waarin bedrijven heden ten dage opereren, kenmerkt zich door een toenemende snelheid van veranderingen en een toenemende complexiteit. Bekende begrippen in dit verband zijn: globalisatie, grotere concurrentiedruk, technologische ontwikkelingen, fusies en acquisities, overheidsinvloed, veranderende regelgeving enzovoort. Organisaties zijn momenteel alleen nog zeker van voortdurende verandering en onzekerheid. Dit impliceert dat bedrijven voortdurend blootstaan aan risico's en hier op een effectieve en efficiënte manier mee zullen moeten omgaan, willen ze hun doelstellingen behalen.

Opdracht:

Zoek uit welke acties mogelijk zijn om te komen tot risicomanagement binnen het RTIL.

De definitie die hoort bij risicomanagement is de volgende:
een managementdiscipline dat risico's waaraan de onderneming blootstaat identificeert, inventariseert, analyseert en evalueert, in termen van doeltreffendheid en doelmatigheid. En hiervoor de meest geëigende maatregelen kiest, uitvoert en bewaakt.

Explicitering van opdracht:

Voor de volgende gebieden zullen verbeteringsacties c.q. aanbevelingen gedefinieerd moeten worden:

1. cultuur binnen de organisatie
2. foutenregistratiesysteem (retrospectief)
3. protocollering
4. veiligheidssystemen die leiden tot een proactieve risicoanalyse.

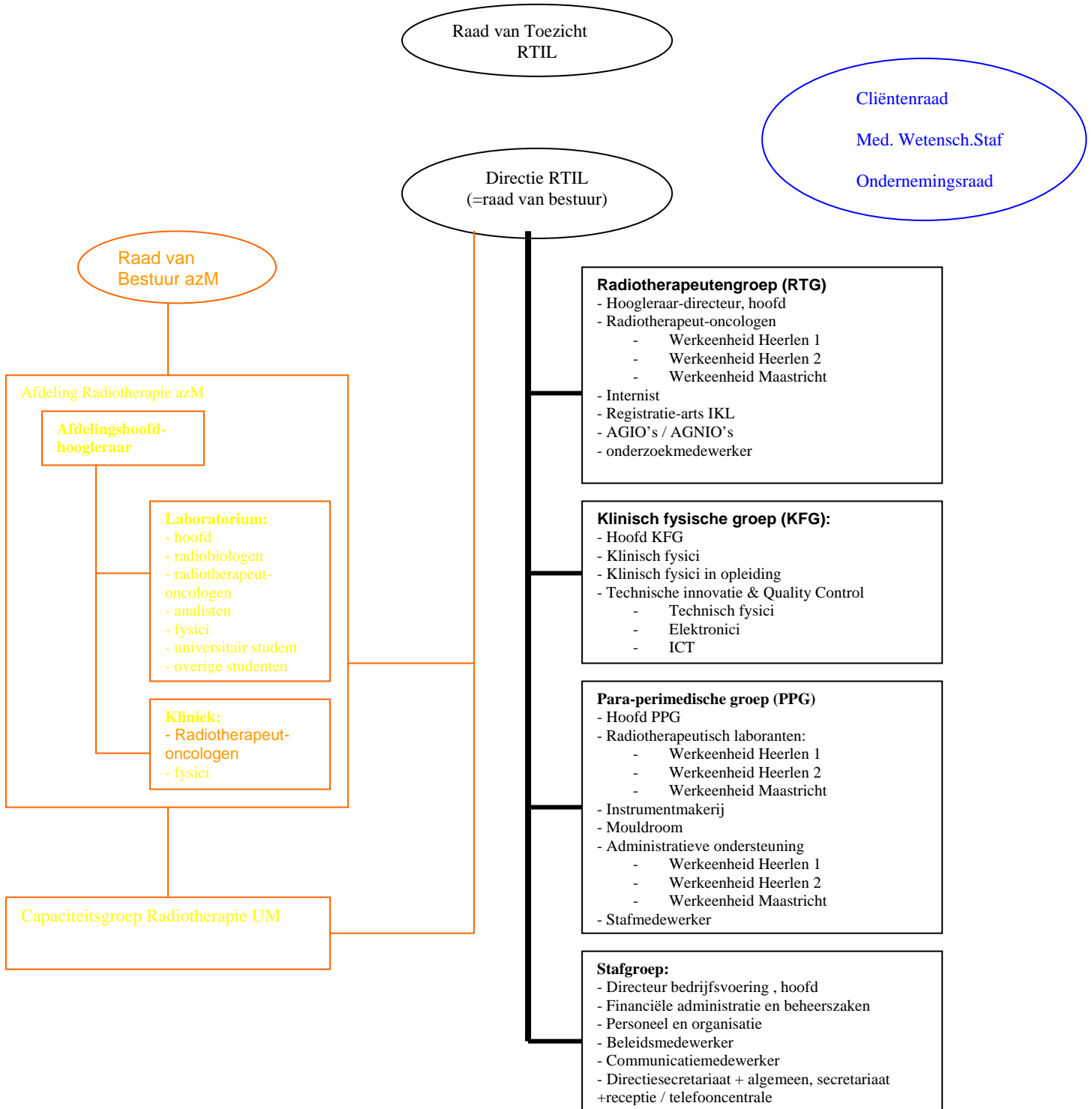
Opdrachtgever:

Directie middels het directieoverleg.

Petra Reijnders maandag 12 november 2001

Bijlage 2

Organigram



Bijlage 3

Jaarverslag van de Meldingscommissie over 2001

In het RTIL functioneert een Meldingscommissie, conform het bepaalde in de erkenningseisen voor ziekenhuizen. Deze Meldingscommissie is samengesteld uit een radiotherapeut-oncoloog, een klinisch fysicus, een radiotherapeutisch laborant en een administratief medewerkster.

Bij de commissie worden zaken uit de dagelijkse patiëntenzorg gemeld, welke mogelijk tot een schadelijk gevolg voor de patiënt of voor de medewerker hadden kunnen leiden.

De commissie onderzoekt deze incidenten en adviseert – indien daar aanleiding toe is – de directie over eventueel noodzakelijke maatregelen. De werkwijze is in een reglement vastgelegd.

Door de jaren heen blijkt er een grote meldingsbereidheid en discipline te zijn in het RTIL, hetgeen nadrukkelijk te maken heeft met het kwaliteitsbewustzijn van de RTIL-medewerkers.

Dit heeft tot resultaat dat ook vele kleine praktische zaken worden opgemerkt.

Overzicht aantal meldingen per categorie	2001	2000	1999	1998	1997	1996
Patiëntenadministratie	3	2	5	11	18	45
Vorbereiding teletherapie	42	29	41	67	107	149
Vorbereiding brachytherapie	--	1	2	0	0	0
Uitvoering teletherapie	79	61	39	44	39	51
Uitvoering brachytherapie	--	0	2	8	0	0
Poliklinische werkzaamheden	--	0	0	2	0	9
Algemene werkzaamheden	5	4	13	14	25	45
Totaal	129	97	102	146	189	299

Voor het eerst is de dalende lijn in het aantal uitgebrachte meldingen onderbroken. Dit jaar zijn er ruim 30 meldingen meer uitgebracht dan het vorige jaar.

Zoals de laatste jaren gebruikelijk is, komen de meeste meldingen uit het deelproces "uitvoering teletherapie", gevolgd door "vorbereiding teletherapie".

Bij de vorbereiding teletherapie doen de meeste meldingen zich voor bij de simulatie, planningen en de overdracht. Bij de uitvoering teletherapie scoort het gebruik hulpmiddelen, zoals vergeten van bolus, onveranderd hoog.

Overzicht meest frequent gescoorde deelprocessen met daaraan gekoppeld voorgestelde acties

deelprocescode	Omschrijving melding	actie
VT 6-2	Parameters fout ingevoerd in Linac- computer	Kaartscan inmiddels ingevoerd Hogere prioriteit elektronische overdracht
VT 6-3	Informatie wel overgedragen maar niet verwerkt	Overdrachtmomenten reduceren (herontwerp)
UT 1-2	Patient niet goed op lasers ingesteld of verkeerde correctie beslisprotocol	Continue educatie
UT 3-1	Bolus, mondspreider, matras of andere attributen vergeten of niet juist aangebracht	Oplettendheid stimuleren

UT 3-4	Blokken of compensatiefilter vergeten, verwisseld of niet juist gepositioneerd	Extra aandacht bij nietbeveiligde activiteiten
--------	--	---

In 2001 is 3x naar aanleiding van meldingen een bericht gestuurd naar de directie, t.w.:

- informatie over de eerste helft van 2001
- het vergeten van loodsjablonen
- verwisseling van een patiënt op de versneller

Inmiddels is er gestart met het project, een veranderde opzet van de meldingscommissie, eventueel volgens het PRISMA-model. P. Reynders heeft in opdracht van de directie opdracht gekregen een en ander in samenwerking met de meldingscommissie uit te zoeken.

Terugkoppeling per brief naar de melder roept verwarring op in de praktijk. Voorlopig hebben we deze terugkoppeling opgeschort.

J. Jager
12 maart 2002

Bijlage 4

Bezoek aan Catherina ziekenhuis

Datum: 011101

Doel: Prisma-model

Inleiding:

Al sinds jaar en dag wordt er binnen het Catherina ziekenhuis een open beleid gehanteerd ten aanzien van het omgaan met voorvallen.

Sinds een aantal jaren wordt er het Prisma-model gebruikt met als doel: door analyse van de gemelde voorvallen komen tot beheersing en continue verbetering van de kwaliteit op de afdeling radiotherapie.

Hoe gaat men te werk:

Alle voorvallen worden gemeld via een SMART-formulier.

Een voorval kan zijn :

- Kwaliteitsbreuk: een voorval dat geen ongewenste gevolgen heeft gehad doordat het op tijd en volledig is hersteld. Het voorval is in een controlemoment ontdekt.
- Bijna-incident: een voorval dat niet tot de ongewenste gevolgen heeft geleid, doordat het volledig en op tijd is hersteld. Het voorval is echter niet in een vast controlemoment ontdekt.
- Incident: een voorval dat tot ongewenste gevolgen heeft geleid.

De SMART- formulieren komen bij de SMART -commissie terecht. Deze commissie komt 1 maal per 2 weken bij elkaar en doorloopt de formulieren. Er volgt een terugkoppeling met de melder, zodat over het voorval nog meer informatie gehoord kan worden. Tevens verhoogt dit de laagdrempeligheid voor het melden en zorgt het voor een rechtstreeks gevoel van betrokkenheid ten aanzien van de melder.

In de commissie zitten: 2 laboranten, 1 arts en iemand van de ondersteuning en iemand van het management (in het Catherina : kwaliteitsfunctionaris).

Alle meldingen worden geanalyseerd met behulp van classificatie en indien de Risk-Rate minder dan 20 % en /of de mogelijke gevolgen minimaal matig zijn wordt tevens een oorzakenboom gemaakt. De risk rate is een combinatie van zwaarte en frequentie van het voorval. De weging hiervan gebeurt door middel van 2 personen.

Alle meldingen worden verwerkt in een database. Zie hiervoor de werkwijze p.g 2

De SMART-commissie communiceert minstens 2 maal per jaar door middel van presentaties over relevante onderwerpen en gegevens met de achterban.

Tevens worden er regelmatig analyses via bulletins op de werkplekken neergelegd.

De SMART- meldingen zijn niet anoniem. Alle meldingen zijn achteraf door een ieder van de organisatie door te nemen en men wilt door deze opendeurmethode de betrokkenheid van de medewerkers bevorderen. (wat in de praktijk goed lukt).

Per jaar worden er ongeveer 400 SMART meldingen ingevuld waarvan ongeveer 250 direct patiëntenzorg gerelateerde voorvallen zijn.

Verschillen met het FONA- beleid van het RTIL

RTIL	Catherina
Vergaderfrequentie 10-15 maal per jaar	1 maal per 2 weken
Rapportage aan MT	Rapportages breed in organisatie
Geen direct meldercontact	Direct meldercontact
Anonieme melding in gesloten kast	Openlijke melding op zichtbare bak
Geringe advisering gericht op detectie	Uitgebreide advisering en gericht op verbeteringsacties
Analyse van soort meldingen	Analyse van oorzaken
Melding is FONA	Melding is FONA en kwaliteitsbreuk en is breder dan patiëntenzorgproces
Formulier niet openbaar	Formulier voor een ieder openbaar en wordt gearhiveerd
Effecten van acties worden niet zichtbaar	Effecten worden zichtbaar door middel van de uitgebreide analyses
Beperkt aantal rubrieken	21 basisoorzaken

Petra vrijdag 2 november 2001

Bijlage 5

Aan dr. Ph.Lambin, medisch directeur

Betreffende: aanzet tot verbetering meldingscommissie

Datum:24-1-2003

Beste dr. Ph. Lambin,

Bij deze willen wij, namens de meldingscommissie verslag doen over het bezoek aan de radiotherapieafdeling van het Catherina ziekenhuis te Eindhoven. Op 20 februari is aldaar door Peter Visser en onszelf het **PRISMA-model** bekeken.

Om kort te zijn: men is gekomen tot een positief oordeel over het systeem van meldingsverwerking.

In het onderstaande schema geef ik de verschillen weer:

RTIL	Catherina
Vergaderfrequentie 10-15 maal per jaar	1 maal per 2 weken
Rapportage aan MT	Rapportages breed in organisatie
Geen direct meldercontact	Direct meldercontact
Anonieme melding in gesloten kast	Openlijke melding op zichtbare bak
Geringe advisering gericht op detectie	Uitgebreide advisering en gericht op verbeteringsacties
Analyse van soort meldingen	Analyse van oorzaken
Melding is FONA	Melding is FONA en kwaliteitsbreuk en is breder dan patiëntenzorgproces
Formulier niet openbaar	Formulier voor een ieder openbaar en wordt gearchiveerd
Effecten van acties worden niet zichtbaar	Effecten worden zichtbaar door middel van de uitgebreide analyses
Beperkt aantal rubrieken van soort meldingen	21 basisoorzaken

Met betrekking tot de communicatie biedt het model een duidelijke verbetering:

Door de directe terugkoppeling met de melder is er meer draagvlak en betrokkenheid ontstaan. Tevens is door hun ervaren, dat het meldingsgedrag in positieve wijze hierdoor verhoogd is.

Daarnaast geeft de rubricering in oorzaken meer mogelijkheden om actiegericht te zijn (onze rubricering richt zich op het soort meldingen).

Consequenties voor het RTIL:

Indien er binnen het RTIL gebruikgemaakt gaat worden van dit model betekent dat, dat er een aantal wijzigingen plaats dienen te vinden met betrekking tot de organisatie van de meldingscommissie.

1. er zal 1 laborant gedurende 1 dagdeel in de week uitgepland moeten worden om meldingen met de melder door te spreken;
2. bij voorkeur dient er een coördinator toegevoegd te worden aan de meldingscommissie die zorg draagt voor de terugkoppeling met het management en die organisatorisch zaken kan beheren;
3. tijdsinvestering ten aanzien van regulier overleg van de meldingscommissie zal zijn: 1 maal per 2 weken gedurende 1,5 uur;
4. terugkoppeling in alle geledingen van de organisatie moet gestructureerd worden;
5. administratieve ondersteuning ten aanzien van de notulering tijdens de overleggen;
6. softwarematige ondersteuning (aan te schaffen of te ontwikkelen).

Bij deze hopen wij als commissie op een gunstig bericht uwerzijds ten aanzien van de verdere implementatie van het hierboven beschreven PRISMA- model binnen het RTIL.

Met vriendelijk groet namens de meldingscommissie,

Jos Jager en Petra Reijnders

Als bijlage zenden wij u een document toe, dat verder ingaat op de implementatie.

Bijlage 6

Bij ons in de meldingscommissie is het zo dat:.....

Onderstaande enquête heet een matrixenquête. Het doel is om problemen over het functioneren van de toetsingscommissie zichtbaar te maken. Door middel van de volgende verdeling kan men problemen kaderen en daardoor gericht kijken naar prioriteiten en oplossingsrichtingen.

1. Doelen & werkwijze
2. Taken en bevoegdheden
3. Deskundigheid
4. Beleidsbeïnvloeders
5. Besluitvorming
6. Autonomie
7. Bedrijfsklimaat
8. Samenwerking
9. Houding
10. Totale organisatie

Op de volgende pagina's staat een lijst met uitspraken over het functioneren van de toetsingscommissie. U kunt aangeven in welke mate u het eens bent met iedere uitspraak, door in de betreffende kolom een kruisje te zetten bij een van de volgende antwoorden:

- volkomen eens
- eens
- neutraal
- oneens
- helemaal oneens

Na het invullen van de lijst van uitspraken kunt u op een aparte bladzijde suggesties voor oplossingen aangeven.

	1. doelen en werkwijze <i>Bij ons in de meldingscommissie is het zo dat:.....</i>	volko- men eens	eens	ne- u- tra- al	on- - ee- ns	hele- maal oneen s
1.1	Dat iedereen van de commissiedoelen op de hoogte is					
1.2	Dat de werkzaamheden bekend zijn					
1.3	Dat er duidelijke methodes zijn om de resultaten te toetsen					
1.4	Dat er regelmatig behoeftebepalingen verricht worden					
1.5	Dat er veel aan ideeënontwikkeling gedaan wordt					
1.6	Dat geboekte vooruitgang wordt uitgebouwd					
	Opmerkingen:					

	2. taken en bevoegdheden <i>Bij ons in de meldingscommissie is het zo dat:.....</i>	volko- men eens	eens	ne- u- tra- al	on- - ee- ns	hele- maal oneen s
2.1	Dat iedereen weet waar de meldingscommissie staat in de organisatie					
2.2	Dat taken en bevoegdheden helder zijn afgebakend					
2.3	Dat een ieder weet wat hij/zij moet doen					
2.4	Dat de kantoorautomatisering goed werkt					
2.5	Dat voldoende informatie beschikbaar is om het werk goed te kunnen doen					
2.6	Dat voorschriften en procedures ondersteunend zijn					
	Opmerkingen:					

	3. deskundigheid	volko- men eens	eens	ne- u- tra- al	on- - ee- ns	hele- maal oneen s
	Bij ons in de meldingscommissie is het zo dat:.....					
3.1	Dat de activiteiten passen bij de functionarissen					
3.2	Dat er een goede terugkoppeling plaatsvindt door de leiding naar die functionarissen over het algemeen functioneren					
3.3	Dat nieuwe medewerkers op een zorgvuldige manier worden aangetrokken					
3.4	Dat nieuwe medewerkers een goede inwerkperiode krijgen					
3.5	Dat de medewerkers zorgen dat hun vakinhoudelijk inzicht voldoende blijft voor het uitvoeren van de activiteiten					
3.6	Dat het werk aansluit bij hun competentie/vermogen					
	Opmerkingen:					

	4. beleidsbeïnvloeders	volko- men eens	eens	ne- u- tra- al	on- - ee- ns	hele- maal oneen s
	Bij ons in de meldingscommissie is het zo dat:.....					
1.1	Dat de bestuurders belangstelling hebben voor de meldingscommissie en zijn activiteiten					
1.2	Dat de directie op de hoogte is van de uitvoering van de commissie					
1.3	Dat de directie rekening houdt met de wensen en behoeften van de commissie					
1.4	Dat er voldoende afstemming is met de opdrachtgevers					
1.5	Dat de opvattingen van de opdrachtgevers serieus worden genomen					
1.6	Dat de directie adviezen van anderen opvolgt					
	Opmerkingen:					

	5. besluitvorming	volko- men eens	eens	ne- u- tra- al	on- - ee- ns	hele- maal oneen s
	Bij ons in de meldingscommissie is het zo dat:.....					
5.1	Dat er in de bespreking altijd sprake is van tweerichtingsverkeer					
5.2	Dat de leiding de medewerkers tijdig betreft bij de besluitvorming					
5.3	Dat medewerkers genoeg invloed uitoefenen op de totstandkoming van het beleid					
5.4	Dat het werk regelmatig geëvalueerd wordt					
5.5	Dat er voldoende inzicht wordt gegeven in de stand van zaken					
5.6	Dat er op tijd besluiten worden genomen					
	Opmerkingen:					

	6. autonomie	volko- men eens	eens	ne- u- tra- al	on- - ee- ns	hele- maal oneen s
	Bij ons in de meldingscommissie is het zo dat:.....					
6.1	Dat er voldoende speelruimte is om te werken					
6.2	Dat er voldoende variatie in het werk is					
6.3	Dat het werk persoonlijke ontplooiingsmogelijkheden biedt					
6.4	Dat het werk status heeft					
6.5	Dat mensen enthousiast zijn over het werk dat ze moeten doen					
6.6	Dat er met plezier naar de bijeenkomst van de commissie gegaan wordt					
	Opmerkingen:					

	7. bedrijfsklimaat	volko- men eens	eens	ne- u- tra- al	on- - ee- ns	hele- maal oneen- s
	Bij ons in de meldingscommissie is het zo dat:.....					
7.1	Dat gestreefd wordt naar een zo hoog mogelijke kwaliteit					
7.2	Dat de commissie een duidelijke visie heeft					
7.3	Dat iedereen zich betrokken voelt bij het beleid					
7.4	Dat er niet veel gekankerd wordt					
7.5	Dat er aan een positieve beeldvorming van de commissie gewerkt wordt					
7.6	Dat men zich thuisvoelt in de commissie					
	Opmerkingen:					

	8. samenwerking	volko- men eens	eens	ne- u- tra- al	on- - ee- ns	hele- maal oneen- s
	Bij ons in de meldingscommissie is het zo dat:.....					
8.1	Dat men elkaar helpt bij het oplossen van problemen					
8.2	Dat men zich medeverantwoordelijk voelt bij het groepsgebeuren					
8.3	Dat nieuwe ideeën aan elkaar worden doorgegeven					
8.4	Dat er regelmatig in bijeenkomsten aandacht gegeven wordt aan nieuwe ontwikkelingen					
8.5	Dat er efficiënt en doelmatig vergaderd wordt					
8.6	Dat er veel met elkaar van gedachten wordt gewisseld					
	Opmerkingen:					

	9. houding	volko- men eens	eens	ne- u- tra- al	on- - ee- ns	hele- maal oneen- s
	Bij ons in de meldingscommissie is het zo dat:.....					
9.1	Dat men zich creatief aanpast aan wijzigende omstandigheden					
9.2	Dat er een positieve opstelling tegenover collega's is					
9.3	Dat er onderlinge behulpzaamheid is					
9.4	Dat persoonlijke eigenaardigheden geen negatieve effecten hebben					
9.5	Dat iedereen veel inzet toont					
9.6	Dat er enthousiasme is over toekomstige veranderingen					
	Opmerkingen:					

	10. de totale organisatie	volko- men eens	eens	ne- u- tra- al	on- - ee- ns	hele- maal oneen- s
	Bij ons in de meldingscommissie is het zo dat:.....					
10.1	Dat men bewust op veranderingen inspeelt					
10.2	Dat er regelmatig analyses gemaakt worden					
10.3	Dat verbeteringen niet slechts tijdelijk zijn en ook aanslaan					
10.4	Dat er op gezette tijden vastgesteld wordt, wat men wanneer wil bereiken					
10.5	Dat iedereen voldoende betrokken wordt bij de veranderingen					
10.6	Dat er enthousiasme is voor toekomstige veranderingen					
	Opmerkingen:					

oplossingen

1.	Noem 10 problemen die volgens u zo snel mogelijk moeten worden aangepakt. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.	U kunt hieronder suggesties voor maatregelen vermelden
2.	Omcirkel de oplossingen waaraan u zou willen meewerken	
3.	Vindt u dat er vaker zo'n enquête gehouden moet worden? Zo ja: hoe vaak?	
4.	Opmerkingen:	

Bedankt voor de medewerking

Bijlage 7

Opzet voor een interview

Doel: door middel van interviews informatie verzamelen over de wensen en behoeftes van de betrokkenen op het gebied van risico- en patiëntveiligheid en daardoor komen tot criteria die van belang zijn voor de keuze van een proactief risicoanalysemodel voor het RTIL.

Stappen:

1. het selecteren van de personen die geïnterviewd worden;
2. geven van informatie aan de geïnterviewden;
3. houden van de interviews;
4. verslag en laten accorderen door de geïnterviewden;
5. conclusies.

voorwaarden voor keuze van geïnterviewden:

- moeten vertegenwoordigers zijn van groepen die betrokken zijn met risico's op het gebied van patiëntveiligheid
- interviews moeten tevens zorgen voor een brede draagvlakontwikkeling
- tijdsinvestering is ongeveer een half uur per interview
- geïnterviewden moeten òf betrokken zijn bij de meldingsmaterie binnen het RTIL òf in de randvoorwaarden een rol spelen in het RTIL

tijdsplanning:

- ad 1: keuze bepalen in week 11
ad 2: informatie geven 19 maart
ad 3: week 12 en 13
ad 4 2 april
ad 5: 2 april
-

Ad stap 1.

De geïnterviewden zullen de volgende personen zijn:

Vanuit de meldingscommissie wegens hun relatie met incidenten en risico's

dr. Jager: radio-therapeut oncoloog

drs P.Visser: klinisch fysicus

Mevrouw L. Schreurs: radiotherapeutisch laborante

Mevrouw N. Meertens: secretaresse.

Bovenstaande personen vormen tevens een vertegenwoordiging van alle betrokken disciplines binnen het primaire proces.

Daarnaast wil ik een interview houden met een aantal sleutelfiguren binnen de organisatie te weten:

R. Mannens: hoofdlaborant

R.Hermans: hoofdlaborant

J. Cloodt : teamleider

L.Klaase: directeur bedrijfsvoering

Ad stap 2.

De vragen die gesteld worden zijn:

1. Wat dient een proactief risicomodel /systeem te verrichten?
2. Wat maakt volgens jou de radiotherapiewereld (RTIL) specifiek op het gebied van de patiëntveiligheid?
3. Zijn er kenmerken in onze patiëntengroep die van invloed zijn op het model?
4. Wil jij als professional vanuit jouw beroepsgroep kenmerken toekennen aan het model/systeem?
5. Hoe zie jij het model als onderdeel van de organisatie?
6. Hoe zie jij het model als onderdeel van de bedrijfsvoering?
7. Welk gebied van patiëntenzorg moet door het model bekeken worden?
8. Wie moet met het model de patiëntveiligheid bekijken?
9. Wat zou volgens jou een criterium kunnen zijn om het model te selecteren voor het RTIL?

maandag 11 maart 2002

bijlage 8

Verslag van interview gehouden met Rene Hermans

In de rol van hoofdlaborant van locatie Maastricht

Datum: vrijdag 22 maart

Op de volgende vragen werd geantwoord.

1. Wat dient een proactief risicomodel/systeem te verrichten?

Antwoord: het inschatten van risico's voorafgaande aan implementatie. Ingebouwde analyse op risico in %.

2. Wat maakt volgens jou de radiotherapiewereld (RTIL) specifiek op het gebied van de patiëntenveiligheid?

Antwoord: de gevolgen van de activiteiten zijn niet direct te meten. De gevolgen zijn ook niet direct herkenbaar en zichtbaar. De effecten zijn pas op termijn te bepalen.

3. Zijn er kenmerken in onze patiëntengroep die van invloed zijn op het model?

Antwoord: de patiënten moeten inzicht kunnen hebben op de risico's en dus ook invloed hebben op het model. De patiënt moet eigenlijk kunnen selecteren op basis van die informatie indien hij/ zij dit wilt.

4. Wil jij als professional vanuit jouw beroepsgroep kenmerken toekennen aan het model/systeem?

Antwoord: -----

5. Hoe zie jij het model als onderdeel van de organisatie?

Antwoord: een belangrijk onderdeel van de organisatie, vastgelegd door de directie en voor een ieder herkenbaar. Het model moet gedragen worden door de totale organisatie. De uitvoering van het model moet multidisciplinair van opzet zijn en integraal van aanpak, waarbij het management betrokken zal zijn bij de acties.

6. Hoe zie jij het model als onderdeel van de bedrijfsvoering?

Antwoord: de bedrijfsvoering moet rekening houden met uitkomsten van het model. Acties kunnen consequenties met zich mee brengen in de bedrijfsvoering. Tevens moet het model passen bij de Balanced Score Card.

7. Welk gebied van patiëntenzorg moet door het model bekeken worden?

Antwoord: protocollen/richtlijnen (alle geschreven en ongeschreven regels)

Implementatie van nieuwe apparatuur

8. Wie moet met het model de patiëntenveiligheid bekijken?

Antwoord: multidisciplinair, waarbij de leden een onafhankelijke positie bewaken. Er moeten geen belangenverstrengelingen plaats kunnen vinden in de commissie. Dit kan het geval zijn bij managers. De directie is eindverantwoordelijk.

9. Wat moet volgens jou een criterium zijn om het model te selecteren voor het RTIL?

Antwoord:-----

Ruimte voor aanvullingen en voor akkoord tekenen met datum door Rene Hermans

Verslag van interview gehouden met Rob Mannens

In de rol van hoofdlaborant van locatie Heerlen

Datum: vrijdag 22 maart

Op de volgende vragen werd geantwoord.

1. Wat dient een proactief risicomodel/systeem te verrichten?

Antwoord: afzetten tegen de huidige situatie. Proactief: onderdelen vooraf inschatten en anticiperen op processen.

2. Wat maakt volgens jou de radiotherapie wereld (RTIL) specifiek op het gebied van de patiëntveiligheid?

Antwoord: instroom is niet door de organisatie te bepalen. Toediening van straling is specifiek uit het oogpunt van risico's.

3. Zijn er kenmerken in onze patiëntengroep die van invloed zijn op het model?

Antwoord: de invloed wordt sowieso groter, verwijzend naar cliëntenraden. Daarnaast moeten resultaten zichtbaar zijn. Dit dwingt er ook toe, dat acties volgen op resultaten.

4. Wil jij als professional vanuit jouw beroepsgroep kenmerken toekennen aan het model/systeem?

Antwoord: zichtbaar, openheid, flexibel en actie

5. Hoe zie jij het model als onderdeel van de organisatie?

Antwoord: aparte vorm, centraal in de organisatie, meerdere disciplines conform de meldingscommissie gericht op analyse.

6. Hoe zie jij het model als onderdeel van de bedrijfsvoering?

Antwoord: stappenplan voor implementatie en tijdens terugkoppeling met Balanced Score Card linken.

7. Welk gebied van patiëntenzorg moet door het model bekeken worden?

Antwoord: alle gebieden waar de patiënt in voor komt. Bijvoorbeeld : de herkenbaarheid van de patiënt. Het is dus van belang om processen te definiëren.

8. Wie moet met het model de patiëntveiligheid bekijken?

Antwoord: multidisciplinair conform de meldingscommissie. Model moet werken zoals de MEC. De commissie selecteert op risico's en is dus tevens selectieorgaan.

9. Wat moet volgens jou een criterium zijn om het model te selecteren voor het RTIL?

Antwoord: procestoepasbaar, specifiek, geen innovatieblokkerend, bureaucratisch en belemmerend systeem

Ruimte voor aanvullingen en voor akkoord tekenen met datum door Rob Mannens

Verslag van interview gehouden met Jacqueline Cloodt

In de rol van teamleider van locatie Heerlen

Datum: maandag 25 maart 2002

Op de volgende vragen werd geantwoord.

10. Wat dient een proactief risicomodel/systeem te verrichten?

Antwoord: fouten (waarvan men in het verleden geleerd heeft) voorkomen, en risico's verminderen. Uittesten van nieuwe zaken.

11. Wat maakt volgens jou de radiotherapiewereld (RTIL) specifiek op het gebied van patiëntenveiligheid?

Antwoord: straling is typisch een RTIL-risico , waarbij de orde van de behandeling in de vorm van schade gezien wordt als een risico.

Aandacht techniek versus patiënt. Jacqueline benadrukt het aspect persoonlijke benadering en ziet dit als een item dat bij alle toekomstige ontwikkelingen niet uit het oog verloren moet worden.

12. Zijn er kenmerken in onze patiëntengroep die van invloed zijn op het model?

Antwoord: Labiliteit van de patiëntengroep (emotionele impact)

Patiënten zullen steeds meer bemoeienis hebben met de behandeling (bijv. internet-mogelijkheden). Kennis van patiënten gaat meer richting kennis professionals. Samen met de behandelaar komen tot een keuze van behandeling. Afwegen van risico's, bijwerkingen
Organisatie gebruikt de resultaten als imago-ontwikkeling.

13. Wil jij als professional vanuit jouw beroepsgroep kenmerken toekennen aan het model/systeem?

Antwoord: patiënt niet uit het oog verliezen. Nauwe samenwerking tussen de verschillende groepen bewaken om processen goed te laten verlopen.

14. Hoe zie jij het model als onderdeel van de organisatie?

Antwoord: Bekendmaking van cijfers/resultaten moet betrokkenheid verbeteren.

Het model moet multidisciplinair centraal gebruikt worden, maar de terugkoppeling moet organisatiebreed gebeuren. Acties moeten teruggekoppeld worden naar de managementlijn.

15. Hoe zie jij het model als onderdeel van de bedrijfsvoering?

Antwoord: ervaring zal leiden tot het vaststellen van e.v.t begroting of budgetruimte om in middelen te voorzien (m.b.t acties).

16. Welk gebied van patiëntenzorg moet door het model bekeken worden?

Antwoord: aandacht voor patiënt (individueel benadering). Het model moet gebruikt kunnen worden vanuit het gezichtspunt van een patiënt. Er zit in dit gegeven ook een relatie tot het MEC.

17. Wie moet met het model de patiëntenveiligheid bekijken?

Antwoord: Organisatiebreed waarbij een commissie een aanzet geeft. De organisatie zal breed betrokken moeten zijn en evt. in evaluaties bekeken moeten worden in hoeverre dat dit gerealiseerd wordt. Vaste samenstelling met uitnodiging van inhoudsdeskundigen.

18. Wat moet volgens jou een criterium zijn om het model te selecteren voor het RTIL?

Antwoord:gerelateerd aan de patiënt (wensen en behoeften van een patiënt), niet te bureaucratisch (werkbaar) en eenduidig.

Betrokkenheid met patiëntenraden.

Ruimte voor aanvullingen en voor akkoord tekenen met datum door Jacqueline

Verslag van interview gehouden met Mevr KLaasse

Directeur bedrijfsvoering RTIL

Datum: woensdag 13 maart 2002

Op de volgende vragen werd geantwoord.

1. Wat dient een proactief risicomodel/systeem te verrichten?

Antwoord: (Vooraf is het van belang om eerst in kaart te brengen waar we het over hebben en wat de risico's zijn. Daar moeten we eerst overeenstemming over hebben.)

Met betrekking tot een model: het zou goed kunnen aansluiten bij een kwaliteitssysteem en iso-achtige structuren en er moet een relatie liggen tot het besturingsmodel en vice versa.

2. Wat maakt volgens jou de radiotherapie wereld (RTIL) specifiek op het gebied van patiëntenveiligheid?

Antwoord: de behandeling en de kans op beschadiging met name op lange termijn.

Niet direct voelbaar zijn en zichtbaar zijn van behandeling. Het kleine vakgebied waarbij je daardoor ook kwetsbaarder bent dan anderen.

3. Zijn er kenmerken in onze patiëntengroep die van invloed zijn op het model?

Antwoord: we hebben te maken met een oudere bevolkingsgroep. De taboesfeer rond kanker die onze patiënt anders maakt op psychologisch gebied. Met name gericht op de voorlichting en het meedenken over keuzes is bij een kankerpatiënt anders dan bij andere patiënten

4. Wil jij als professional vanuit jouw beroepsgroep kenmerken toekennen aan het model/systeem?

Antwoord: In principe ja bijvoorbeeld in het kader van eindverantwoordelijkheid over een organisatie.

5. Hoe zie jij het model als onderdeel van de organisatie?

Antwoord: Hiërarchisch inbouwen en multidisciplinair

6. Hoe zie jij het model als onderdeel van de bedrijfsvoering?

Antwoord: Ja

7. Welk gebied van patiëntenzorg moet door het model bekeken worden?

Antwoord: Voorlichting over de risico's die er werkelijk zijn.

8. Wie moet met het model de patiëntenveiligheid bekijken?

Antwoord: zie antwoord op vraag 5.

Bouwen is een volgende stap voor het RTIL en is tevens een aanleiding om na te denken over nieuwe concepten Vergrijzing is een demografisch aspect dat ook op de arbeidsmarkt consequenties heeft. De politieke keuzes en de afhankelijkheid daarvan ten opzichte van je bedrijfsvoering.

Sociaalmaatschappelijke veranderingen: stelselwijziging en de komst van de privé-klinieken en de ontwikkeling hiervan in de toekomst. De buitenlanders en de integratie ervan.

Technologische veranderingen: CT-integratie en de invloed op de huidige zichtbaarheid van kwaliteit. Algemeen hebben we een maatschappelijke functie en je hebt een resultaatverplichting ten opzichten van de "bevolking" en zult meer openheid hierover moeten bieden.

Ruimte voor aanvullingen en voor akkoord tekenen met datum door mevrouw KLaasse

Verslag van interview gehouden met Peter Visser

Klinisch fysicus

Datum: donderdag 21 maart

Op de volgende vragen werd geantwoord.

1. Wat dient een proactief risicomodel/systeem te verrichten?

Antwoord: preventief beleid om risico's te voorkomen ervan uitgaande dat er in processen fouten gemaakt worden. Maatregelen nemen om fouten zichtbaar te maken. Analyse van zwakke punten en probleemoplossing. Tevens moeten alle wijzigingen ook daarna bekeken worden. Wat is hiervoor nodig:

Visualisatie van processen, eenduidigheid en softwarematige ondersteuning.

2. Wat maakt volgens jou de radiotherapie wereld (RTIL) specifiek op het gebied van patiëntveiligheid?

Antwoord: werken met radioactieve straling m.b.t personeel.

Wij zijn een tak in de gezondheidszorg die zeer kwantitatief is, waarbij de nauwkeurigheid gespecificeerd is en meetbaar is.

Specifiek is ook het voorbereidingsgebeuren waarbij veel handen betrokken zijn en het beslijstraject gesegmenteerd en gedelegeerd is met veel overdrachtsmomenten.

M.b.t tot risico; het werken met getallen: rekenfouten zijn specifiek qua eenheden en abstractheid.

3. Zijn er kenmerken in onze patiëntengroep die van invloed zijn op het model?

Antwoord: men onderschat de impact (het belang in zijn leven) van de behandeling op de ervaring van de patiënt. Patiënt herkent bijvoorbeeld problemen met straling en het effect op de tumor.

4. Wil jij als professional vanuit jouw beroepsgroep kenmerken toekennen aan het model/systeem?

Antwoord: Ja, Peter vindt het belangrijk dat er koppelingen zijn tussen het resultaat van de behandeling en de aantoonbare curatie in procenten. Maar ook dat de uitvoer van de behandeling overeenkomt met het uitgezette plan. Het meetbaar maken van ontwikkelingen.

5. Hoe zie jij het model als onderdeel van de organisatie?

Antwoord: Ieder moment dat misgaat moet gebruikt worden ter verbetering. Een richtlijnen-commissie vormt een vast onderdeel bij het wijzigen en totstandkomen van richtlijnen en dat het risicobeleid daar een vast onderdeel van is. Men moet algemeen bewust zijn over risico's als cultuur.

6. Hoe zie jij het model als onderdeel van de bedrijfsvoering?

Antwoord: bedrijfsvoering moet toezicht houden en gereedschappen geven zodat in tijd/mankracht voorzien kan worden.

7. Welk gebied van patiëntenzorg moet door het model bekeken worden?

Antwoord: personeel: het werken met straling. Tevens is milieu een gebied van zorg.

8. Wie moet met het model de patiëntveiligheid bekijken?

Antwoord: het moet leven bij een ieder en door specialisten gebruikt worden.

9. Wat moet volgens jou een criterium zijn om het model te selecteren voor het RTIL?

Antwoord: het moet een generiek model zijn dat aangepast wordt aan onze organisatie. Het model moet een goede ondersteuning bieden om processen te visualiseren.

Ruimte voor aanvullingen en voor akkoord tekenen met datum door Peter

Verslag van interview gehouden op woensdag 20 maart met Lonneke Schreurs

Radiotherapeutisch laborante en lid van de toetsingscommissie

Door haar werd op de volgende vragen geantwoord.

10. Wat dient een proactief risicomodel /systeem te verrichten?

Antwoord: Het moet gericht zijn op het verbreden van de betrokkenheid van de organisatie. Gericht zijn op de cultuur en het model moet leiden tot actiegerichtheid.

11. Wat maakt volgens jou de radiotherapiewereld (RTIL) specifiek op het gebied van patiëntveiligheid?

Antwoord: Werken in werkeenheden komt daarin naar voren. Het teamwerken. Veranderingssnelheid binnen technieken leveren risico's waarbij communicatie, overdracht en implementatie in de knel kunnen komen. Teveel nieuwe zaken invoeren zijn risico's. Voorbeeld : op de simulatie door de hoeveelheid aan activiteiten kan dit ertoe leiden dat dingen vergeten worden of foutief uitgevoerd worden.

12. Zijn er kenmerken in onze patiëntengroep die van invloed zijn op het model?

Antwoord: iedere patiënt denkt daar verschillend over en moet zelf kunnen bepalen of hij/zij info hierover wilt hebben.

13. Wil jij als professional vanuit jouw beroepsgroep kenmerken toekennen aan het model/systeem?

Antwoord: communicatie is belangrijk: incidentbespreking. Organisatiebreed communiceren. Afhankelijk van het onderwerp moeten via een meldingscommissie zaken uitgezocht worden. Het multidisciplinaire karakter van de meldingscommissie zou het liefst nog uitgebreider moeten worden met iemand van de ondersteuning en een extra laborant. Doel is ook om meer inhoudelijk informatie te schenken aan risico's, patiëntveiligheid.

14. Hoe zie jij het model als onderdeel van de organisatie?

Antwoord: als onderdeel van een meldingscommissie . Waarbij er daarnaast meer betrokkenheid moet zijn van de organisatie t.o.v meldingscommissie. Meer body en meer verzwarende van de commissie.

15. Hoe zie jij het model als onderdeel van de bedrijfsvoering?

Antwoord: meer middelen in de vorm van mankracht, tijd en computerondersteuning Directere communicatie tussen commissie en melder en dit loopt op dit moment binnen de huidige commissie ook niet goed. Het voorbeeld van de briefjes naar de melder liep niet.

16. Welk gebied van patiëntenzorg moet door het model bekeken worden?

Antwoord: richtlijnen/ protocollen, invoer van nieuwigheden/apparatuur en functionaliteit van apparatuur.

Voorbeeld ; plannings-ct- afspraken zijn niet uniform en eenduidig en vormen duidelijk risico's in het foutief uitvoeren ervan.

Uniformiteit van afspraken.

17. Wie moet met het model de patiëntveiligheid bekijken?

Antwoord: Multidisciplinair binnen de meldingscommissie

18. Wat zou volgens jou een criterium kunnen zijn om het model te selecteren voor het RTIL?

Antwoord: meer diepgang, analyse van gebeurtenissen, oplossingsgericht.

Ruimte voor toevoeging & datum en handtekening

**Verlag van interview gehouden op woensdag 20 maart met Jos Jager
Radiotherapeutisch-oncoloog en lid van de toetsingscommissie**

Door hem werd op de volgende vragen geantwoord.

1. Wat dient een proactief risicomodel /systeem te verrichten?

Antwoord: vooraf zichtbaar en actiegericht

2. Wat maakt volgens jou de radiotherapiewereld (RTIL) specifiek op het gebied van patiëntveiligheid?

Antwoord:

- superspecialisme van de radiotherapie met hoogwaardig opgeleide keten van mensen die ieder een rol spelen in de behandeling van de patiënt
- Communicatie die door alle gelederen en functionarissen moet.
- Controleprocedures

3. Zijn er kenmerken in onze patiëntengroep die van invloed zijn op het model?

Antwoord: complexiteit van behandeling en de tijdsdruk

4. Wil jij als professional vanuit jouw beroepsgroep kenmerken toekennen aan het model/systeem?

Antwoord: gericht op kwaliteit en logistiek van behandeling waarbij protocollen gecheckt worden op uitvoerbaarheid.

5. Hoe zie jij het model als onderdeel van de organisatie?

Antwoord: als onderdeel van een meldingscommissie .Multidisciplinair van opzet

6. Hoe zie jij het model als onderdeel van de bedrijfsvoering?

Antwoord: aanbevelingen vanuit de meldingscommissie, of dat de commissie het proactief model beheert, moeten invloed kunnen hebben op de organisatie. De consequenties zijn dominanter en hebben daardoor een directe relatie met de bedrijfsvoering. Ook de vorm van cijfermatige ondersteuning.

7. Welk gebied van patiëntenzorg moet door het model bekeken worden?

Antwoord: het totale primaire proces, waarbij ook de aanmelding meegenomen wordt.

De oproepsystemen: hoe en wanneer een patiënt aangemeld wordt.

Als voorbeeld: gebrek aan communicatie leidt tot foutief inzetten van behandeling

Tevens is de informatievoorziening een proces wat ook bekeken moet worden.

Communicatielijnen.

8. Wie moet met het model de patiëntenveiligheid bekijken?

Antwoord: Multidisciplinair binnen de meldingscommissie met als eindverantwoordelijkheid de directie.

De directie besluit bijvoorbeeld tot het aanpassen van bedrijfsvoering.

9. Wat zou volgens jou een criterium kunnen zijn om het model te selecteren voor het RTIL?

Antwoord: het bloot kunnen leggen van de oorzaken en de concreetheid van acties.

Ruimte voor toevoeging & datum en handtekening

Verslag van interview gehouden op woensdag 21 maart met Nelly Meertens

Ondersteuning en lid van de toetsingscommissie

Door haar werd op de volgende vragen geantwoord.

1. Wat dient een proactief risicomodel /systeem te verrichten?

Antwoord: eenduidig, niet complex en door een ieder bruikbaar, zonder dat er teveel wijzigingen hoeven plaats te vinden

Eenduidige structuur waarbij er een coördinatiepunt (1 persoon) is die het model centraal beheert.

2. Wat maakt volgens jou de radiotherapiewereld (RTIL) specifiek op het gebied van patiëntveiligheid?

Antwoord: geen antwoord

3. Zijn er kenmerken in onze patiëntengroep die van invloed zijn op het model?

Antwoord: geen antwoord. Het is erg individueel bepaald of een patiënt behoefte zal hebben aan informatie over risico's.

4. Wil jij als professional vanuit jouw beroepsgroep kenmerken toekennen aan het model/systeem?

Antwoord: beheer, eenduidigheid en staan voor afspraken. Op dit moment is de eenduidigheid een probleem.

5. Hoe zie jij het model als onderdeel van de organisatie?

Antwoord: openheid is dan een voordeel en een verbetering.

Het model wordt volgens Nelly gezien als een commissie met als samenstelling een multidisciplinaire vertegenwoordiging. Iemand van het management zal daarbij aanwezig moeten zijn zodat afspraken ook op de juiste plaats terechtkomen, de zogenaamde kartrekker.

6. Hoe zie jij het model als onderdeel van de bedrijfsvoering?

Antwoord:.. Geen antwoord

7 Welk gebied van patiëntenzorg moet door het model bekeken worden?

Antwoord: uitvoering van procedures. Betrokkenheid van de richtlijnenvergadering moet optimaler georganiseerd worden. Contact en communicatie is een voorwaarde.

8. Wie moet met het model de patiëntveiligheid bekijken?

Antwoord: Multidisciplinair zoals de meldingscommissie.

Randvoorwaarden: middelenvoorziening (ruimte, opleiding, tijd)

9. Wat zou volgens jou een criterium kunnen zijn om het model te selecteren voor het RTIL?

Antwoord: eenduidig en goed ondersteunend en niet complex.

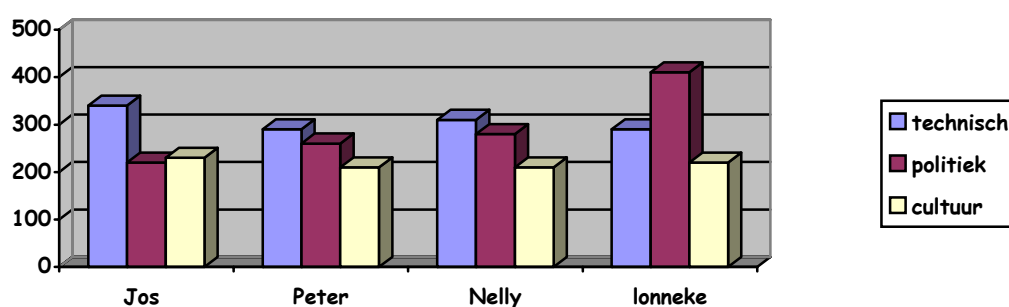
Ruimte voor toevoeging & datum en handtekening

Bijlage 9

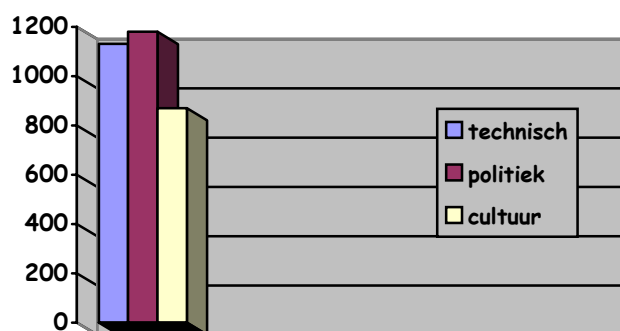
Resultaten enquêtes leden van meldingscommissie

- *De resultaten van maart 2002 waren de volgende:*

	Jos	Peter	Nelly	Lonneke
Technische dimensie:	340	290	310	290
Politieke dimensie:	220	260	280	410
Culturele dimensie:	230	210	210	220



Totale score:	
Technische dimensie:	1130
Politieke dimensie:	1180
Cultuur dimensie:	870



De **technische dimensie** staat voor de organisatorische randvoorwaarden en is onderverdeeld in de volgende instrumentele aspecten:
Doelen & werkwijze, taken & bevoegdheden en deskundigheid.

De **politieke dimensie** staat voor de machtsaspecten binnen een organisatie en is onderverdeeld in : Beleidsbeïnvloeders, besluitvorming en autonomie.

Als laatste dimensie wordt de **culturele dimensie** bekeken waarbij het gaat om de normen en waarden van een organisatie. Deze dimensie is verdeeld in :
Bedrijfsklimaat, samenwerking en houding.

Uit bovenstaande verdeling blijkt dat men in de politieke en de technische dimensie de meeste problemen ziet.

Items die extra besproken moeten worden:

Jos:

- score op doelen en werkwijze:

Met name de vragen over de duidelijkheid van een methode, behoeftebepaling, ideeënontwikkeling en het uitbouwen op geboekte vooruitgang scoren door Jos negatief.

Peter:

- score op deskundigheid:

Met name de terugkoppeling door de leiding naar de meldingscommissie over het algemeen functioneren en de inwerktijd voor nieuwe medewerkers worden door Peter negatief gescoord.

Nelly:

- score op deskundigheid:

Met name voor de zorgvuldigheid waarmee nieuwe medewerkers worden aangetrokken en de inwerkperiode worden door Nelly negatief beoordeeld.

Lonneke:

- score op autonomie:

Met name de status van het werk, de speelruimte en de variatie in het werk worden door Lonneke negatief beoordeeld.

Voorstel om alle vragen te bespreken die door een van de leden met oneens is beantwoord om zo na te gaan waar nog verbeteringen kunnen plaatsvinden.

Aandachtspunten voor het onderzoek

Uit het rapport van de heer Gorissen werd er in 1999 het volgende aanbevolen:

- een structurele en regelmatige terugkoppeling van de meldingscommissie naar de werkvloer
- meer rechtstreeks contact van de meldingscommissie met alle medewerkers
- het naleven van het bestaande reglement en een controle hierop door de directie en / of het managementteam
- meldingscommissie uitbreiden met plaatsvervangers
- meldingscommissie dient zich ook bezig te houden met de preventie van meldingen
- terugkoppeling van de leidinggevenden naar de meldingscommissie over de zaken die er ondernomen worden om bepaalde meldingen op te lossen
- meer verantwoordelijkheid van de directie en / of het managementteam ten aanzien van de meldingscommissie
- meldingscommissie dient sneller terug te koppelen, niet zo lang wachten met het verwerken van de gegevens.

Deze aanbevelingen waren de stand van zaken in 1999. In een overleg met de meldingscommissie wil ik nagaan wat er uiteindelijk van gerealiseerd is.

Petra

Bijlage 10

Selectie van een model dat bruikbaar is als proactief risicoanalysemodel voor het RTIL.

Inleiding:

Het doel van dit document is het geven van inzicht over de verschillende modellen, en deze te koppelen aan de door het RTIL samengestelde keuzecriteria om uiteindelijk hier een beoordeling aan te verbinden.

De verschillende modellen:

1. Het HACCP-model

De Food en Drug administration in Amerika heeft ongeveer 30 jaar geleden voor de astronauten een voedselveiligheidsprogramma ontwikkeld dat verder gebruikt werd in de vis- en sapindustrie. Het programma is gefocust op het voorkomen van fouten dat ziektes kan veroorzaken. Men voegt een op wetenschap gebaseerde controle toe vanaf het ruwe materiaal tot aan het eindproduct.

Het HACCP-model bevat 7 principes:

- het analyseren van fouten
- identificeren van kritische controlepunten
- met doen van preventieve metingen met kritieke limieten van ieder controlepunt
- het maken van procedures om de kritische controlepunten te bewaken
- het bepalen van corrigerende acties indien tijdens de bewaking blijkt dat de limieten overschreden worden
- het maken van procedures om te controleren of het systeem goed werkt
- het registreren van de gegevens in het record

De HACCP-methode is zowel een foutenanalysemethode als een meetsysteem waarbij regelmatig aan de hand van vastgestelde limieten, metingen verricht worden en waar acties op volgen.

Een middel dat gebruikt kan worden om een analyse te verrichten is: Flow-charts. Via een beslisboom worden gevaren/risico's geanalyseerd die vervolgens via een kans-Risico en effectmodel uitgesplitst worden in kritische controlepunten, punten van aandacht of in overige.

De gevonden procesdelen worden bijv. in het volgend schema uitgezet:

Step	Potential Hazard	Justification	Hazard to be adressed in plan?	Control measure
------	------------------	---------------	--------------------------------	-----------------

Voorbeeld van gebruik;

Inspectie van volksgezondheid

Bij de inspectie is men bezig met het opzetten van een risicoanalysemodel volgens de methodiek van het HACCP. Binnen de inspectie wilt men het model gebruiken om acties te bepalen. Dus afhankelijk van het aangemelde incident wordt er nagegaan wat de risicocomponent is en daarop worden er besluiten genomen of de inspectie hierop nog verdere stappen moet ondernemen.

De volgende vragen dienen als basis voor een “kans en ernst”- analyse.

- Wat zijn de bedreigingen en de gevolgen?
- Wat wil je beschermen?
- Wat zijn de maatregelen?
- Wat zijn de ervaringen?
- Wat is het effect van toezicht?

Door meerdere personen in de organisatie worden de antwoorden gescoord en er wordt een verdeling gemaakt in kans en ernst. De score varieert van 1 tot en met 5. Afhankelijk van de score worden er acties bepaald.

2. De HAZOP

Ontstaan in de wereld van de Chemie in het midden van de jaren 70 is de HAZOP-methode. HAZard and OPerability study.

Hazard: ieder proces waarbij de mogelijke kans bestaat op een catastrofale ontsnapping van gif, vlambaar of explosieve chemicaliën of een actie die ertoe kan leiden dat personeel gewond kan raken. Operability: ieder deelproces in een totaalproces dat er toe kan leiden dat omgevingsvoorschriften, veiligheid en gezondheidsregels overtreden worden.

De methode is gebaseerd op een onderzoek naar afwijkingen op verschillende vlakken in een ontwikkelconcept uitgevoerd door verschillende disciplines. De verschillende vlakken bijvoorbeeld: het technisch onderhoud, de uitvoering, de installatie, veiligheid en (chemische) processen. Het basisconcept is een systematisch analyse aan de hand van een vragenmethodiek. Men zoekt eerst naar sleutelwoorden die de aandacht richten op een typisch, specifiek onderdeel van het proces of concept. Daarna plaatst men er ordeningswoorden achter zoals: niet, minder, meer, terugkerend, ook, anders, fluctuerend, vroeg en laat. Dit geeft de mogelijkheid van een oorzaak-gevolganalyse.

Het resultaat is een schema met de volgende items:

Deviation	Cause	Consequence	Safeguards	Action
-----------	-------	-------------	------------	--------

De acties zijn daarbij uit te splitsen in 2 soorten:

1. actie om de oorzaak weg te nemen;
2. actie die ervoor zorgt dat de consequenties weggenomen worden of verminderen.

3. de FMEA (failure Modes en Effect Analysis)

De methode is afkomstig van de NASA en wordt heden gebruikt in verschillende grote autofabrieken. De FMEA is te vergelijken met de HAZOP. De verschillen zijn de volgende:

De HAZOP is een studie die uitgevoerd wordt door een groep van verschillende inhoudsdeskundigen terwijl de FMEA een onderzoek naar fouten is, en uitgevoerd kan worden door 1 persoon.

De volgende activiteiten behoren tot een FMEA:

- het herkennen en evalueren van een potentieel falen van een product of proces en de effecten ervan analyseren
- het identificeren van acties die ervoor zorgen dat de kans op optreden van het falen verminderd of weggenomen wordt
- het proces documenteren

4 de DSM-methodiek

Er wordt in de DSM gebruikgemaakt van een risicohandboek. Dit zijn beschrijvingen van procedures die gevolgd moeten worden als veranderingen, uitbreidingen of vernieuwingen plaatsvinden op het gebied van bedrijfsprocessen.

Globaal vinden er 2 grote studies plaats. Door middel van een multidisciplinair team wordt er een studie verricht op een hoog abstract niveau tijdens de basic-engineering. Dat is het denkproces dat voorafgaat aan de installatie. Hierbij worden alle processen op papier vooraf doorlopen en bekeken op risico's. Er wordt als het ware een procesflowchart gemaakt waarbij op ieder overgangspunt, beslispunt een kans-effectanalyse verricht wordt. Deze kans-effecten worden uitgezet in een matrix, de zogenaamde risicograaf. De score in de risicograaf bepaalt de noodzaak tot actie.

Tijdens en na installatie volgt er nogmaals een uitgebreide studie waarbij alle processen nogmaals doorlopen worden. Na beide studies worden voor de start droogtesten verricht.

Beheersing van wijzigingen:

Ook indien er processen in wat voor een mate dan ook veranderd worden zal eenzelfde soort procedure doorlopen worden: de MOC-procedure (management of change). Het laten uitvoeren van de MOC is een lijnverantwoordelijkheid.

5. Het COSO-model

Een van de aanbevelingen voortvloeiend uit het Watergate-schandaal was om het internal control-systeem van ondernemingen zodanig op te zetten, dat het voldoende waarborgen zou bevatten om corruptiepraktijken tegen te kunnen gaan. In 1992 is het COSO-rapport verschenen dat algemeen wordt gezien als een mijlpaal in de discussie over internal control. Behalve een brede definitie van het begrip interne beheersing heeft het COSO-rapport ook een grote bekendheid gekregen door de COSO-piramide, waarin de uiteenlopende componenten van interne beheersing zijn gevisualiseerd. Aan de basis van de piramide ligt de " controle environment", de organisatiecultuur die de houding van de organisatie ten opzichte van vraagstukken als risico en interne beheersing weerspiegelt. De volgende laag in de piramide is de

risicobeoordeling. Op basis hiervan worden beheersinstrumenten gedefinieerd, die moeten toezien op een optimale afdekking van de geïdentificeerde risico's. In de top van de piramide is de monitoringfunctie ondergebracht, waarmee zowel de ontwikkelingen in de omgeving als de kwaliteit van de verschillende onderdelen van de piramide worden bewaakt. Ten slotte wordt de piramide bijeengehouden door een systeem van informatie en communicatie.

6. De IFAC-FMAC Business Risk Management benadering

De IFAC-FMAC Business Risk Management benadering is een model dat commercieel is en via de firma PriceWaterHouseCoopers aangeboden wordt.

Ter implementatie wordt het volgende geschreven:

Een effectieve, integrale en gestructureerde aanpak vereist een risicomanagementarchitectuur. Bij het implementeren van een dergelijke architectuur heeft een organisatie te maken enerzijds met ontwerpaspecten (structuur, resources, technieken etc) en anderzijds met change managementaspecten (communicatie, opleiding en training etc). Dit alles kan men vervatten in een "8 point plan".

- commitment van de top
- opstellen van een risicoresponsstrategie: het management zal een adequate strategie moeten ontwikkelen om de kloof tussen risicoprofiel en de risicotolerantie van de organisatie te dichten. Zo kan het management gestructureerd acties nemen om daar waar risico's onacceptabel hoog zijn het risiconiveau te verlagen, en om knelpunten op te lossen die het realiseren van nieuwe kansen in de weg staan.
- toewijzing van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden inzake het veranderingproces: bij het verschuiven van de organisatie in een richting waarin het lijnmanagement de verantwoordelijkheid neemt voor het risicomanagement, is het van groot belang dat lijnmanagers de ontwikkelde strategie ondersteunen.
- toewijzing van resources: het bepalen en beschikbaar stellen van de benodigde mensen en middelen om de vastgelegde taken uit te voeren.
- communicatie en opleiding: deze zijn essentieel voor medewerkers om de hun toegewezen taken naar behoren uit te kunnen voeren, en zijn daarmee een belangrijke succesvoorwaarde voor het implementeren van risicomanagement.
- Bevordering van een risicocultuur door middel van HRM-mechanismen: implementatie van een risicomanagementsysteem vergt een cultuurverandering. Hierbij speelt alleen het topmanagement een belangrijke (voorbeeld) rol, maar zijn ook verschillende HR-mechanismen van belang, zoals nieuwe functieomschrijvingen, opleiding en training en beloningssystemen.
- Monitoring van het risicomanagementproces: het bewaken en bijsturen op een hoger niveau om effectiviteit en efficiency van het proces te waarborgen. Daarnaast dient over de resultaten van het proces aan het management gerapporteerd te worden.

7. ERM van DELOITTE & TOUCHE

ERM: Enterprise Risk Management is een systematische en objectieve methode om ondernemingsrisico's in kaart te brengen en hierop afgestemde beheersmaatregelen in te stellen.

Deze nieuwe benadering van risicobeheersing, ontwikkeld door Deloitte & Touch Enterprise Risk Services omvat zoals zij beschrijft in hun brochure dé voorwaarde voor effectief risicomanagement in een dynamische omgeving, nl bewustzijn.

Binnen de ERM worden de risico's op een aantal niveaus onderscheiden:

- Culture risk management
- Strategic risk management
- Business risk management
- Proces risk management

8. Multifactormethode:

De multifactormethode leent zich volgens de schrijver van het betreffende artikel met name voor een analyse van de speculatieve risico's. Via een bedrijfseconomisch model worden speculatieve risico's en de bijbehorende risicofactoren op een systematische wijze geïdentificeerd. Vervolgende worden ze kwantitatief weergegeven .

De methode is gebaseerd op een multifactormodel, waarbij onverwachte veranderingen van een prestatie maatstaf van de onderneming door middel van gevoeligheden worden gerelateerd aan onverwachte veranderingen van risicofactoren. Voor het inventariseren van speculatieve risico's kan een bedrijfseconomisch model worden gebruikt, waarbij de onderneming wordt beschouwd als een invoer-, doorvoer- en uitvoerorganisatie. Het is van origine een financieel model en met name gericht om de risicofactoren die betrekking hebben op vraag en aanbod inzichtelijk te maken.

$$DP = b_1.Df_1 + b_2.Df_2 + \dots + b_k.Df_k$$

D : de onverwachte verandering

P : de prestatie maatstaf

b: de gevoeligheid

f : de risicofactor

k : totaal aantal factoren.

9. Six- sigma

Het principe van six -sigma is eenvoudig. Het hele traject - van grondstof, inkoop tot en met het gebruik van goederen of diensten door de afnemer – veroorzaakt een groot aantal fouten en deze fouten zorgen gezamenlijk voor een enorme kostenpost. De bedrijfsomzet wordt door verspilling beïnvloed voor respectievelijk zo'n 20 - tot 30 %.

Het six-sigma programma is een zeer gestructureerde werkwijze door het verbeteren van de prestaties van processen en organisaties. Het principe six-sigma is ontwikkeld binnen de

Motorola- organisatie in het kader van een substantiële verbetering van de kwaliteit van de Motorola- producten.

De basis ingrediënten van het six -sigmaprogramma zijn de volgende te noemen:

- zeer uitdagende doelstellingen (stretched goals)
- alle projecten worden financieel onderbouwd, waardoor de besparing ook in geld is uit te drukken
- Een standaard metriek, waardoor de prestaties van verschillende processen vergelijkbaar worden, de zogenaamde sigmametriek
- Zeer sterke betrokkenheid van het allerhoogste management, waardoor wegen vrij worden gemaakt om de projecten uit te voeren
- Hoge investeringen in opleidingen van projectleiders en projectteamleden
- Een strakke structuur voor de uitvoering van het project
- Korte doorlooptijden van projecten (4-6 maanden)
- Strakke projectselectieprocedure, gericht op het verhogen van de klantenwaardering.

Even recapitulerend: Het six-sigmamodel is bedoeld om bestaande processen te herzien om zo kosten te reduceren, kwaliteit te verbeteren door te kijken naar de fouten en om doorlooptijden te verkorten. De voorwaarden die liggen bij de implementatie van dit model zijn op zijn minst heftig te noemen. Men zal cursussen moeten organiseren om dit systeem goed van de grond te krijgen. Dus in de middelensfeer komt er heel wat bij kijken. Ook formatief gezien moet men rekening houden met de implementatie van dit systeem. Het is dus niet eenvoudig te noemen.

Criteria waaraan het proactief risicoanalysemodel volgens het RTIL moet voldoen

De volgorde geeft de volgorde van belangrijkheid aan.

1. relatie met patiënt

Het eerste doel is het hanteren van risico's op het gebied van de patiëntveiligheid. Hiermee wordt bedoeld dat alle processen waarbij een patiënt betrokken is, moeten kunnen worden geanalyseerd door zo'n model. Veiligheid op het gebied van personeel, machines of bouw zal in eerste instantie niet tot de onderzoeksmogelijkheden van het model moeten behoren. Dus een model moet patiëntenproces gerelateerd zijn en ervoor zorgen dat de processen vooraf gescreend zijn op risico's met betrekking tot de patiëntveiligheid

2. output / on-line

De insteek moet zijn dat niet op deelprocessen gecontroleerd moet worden maar dat het eindresultaat bekeken wordt. Daarbij is het van belang dat het meten van risico's uitgevoerd kan worden. Dus referenties, metingen, vergelijkingen en resultaten moeten een essentieel onderdeel van het model zijn.

3. niet te complex

Het model moet dienen als ondersteuning en daarbij dus randvoorwaardelijk zijn. Het model moet geen doel op zich zijn binnen het kwaliteitsgebeuren. Complexiteit impliceert meestal: tijd, middelen en mankracht terwijl snelheid, efficiency en daadkracht de kenmerken zullen zijn van onze organisatie. Dus een model, dat eenvoudig in het gebruik en efficiënt in de uitvoering is, verdient de voorkeur.

4. een generiek systeem aangepast aan onze organisatie

Dus een bestaand model/systeem dat aangepast kan worden tot in de details naar onze RTIL- bedrijfssituatie. (do not reinvent the wheel)

5. niet innovatieblokkerend

Onze directeur vergelijkt dit met het isocertificeringsverhaal. In zijn algemeenheid wordt dit model ook gezien als een bureaucratisch model dat innovatiemogelijkheden in een organisatie in ieder geval niet "stimuleert". Dus het proactief risicomodel moet gericht zijn op acties en feedback, en niet op het signaleren en blokkeren.

Bovenstaande criteria zijn resultaten uit interviews gehouden met sleutelfiguren binnen het RTIL. Naast deze bruikbare criteria wil ik een laatste selectie criterium toevoegen, waarvan ik vind dat dit de bruikbaarheid van een model binnen het RTIL ten goeden komt. Het criterium is:

6. multidisciplinaire aanpak

De motivatie die erbij hoort is het feit dat het primair proces binnen het RTIL een resultaat is van een intensief samenwerkingsverband tussen meerdere disciplines. Te noemen zijn de fysica, de artsen, laboranten en de ondersteuning (administratie). Deze disciplines zorgen tezamen voor het eindresultaat en hebben ieder voor zich een schakel ter beschikking in het totale proces van de behandeling. Ieder voor zich draagt daarbij ook een risico met zich mee op het gebied van de patiëntveiligheid. Veiligheid en risico zijn nauw verbonden met het handelen van professionals. Zowel in de analyse als bij de implementatie is het van belang

om hun stem daarin te horen. Zelfs in de analyse zullen gevoelde risico's, die niet eens echt aantoonbaar zijn, meegenomen moeten worden

Een aantal van bovenstaande criteria zijn te koppelen aan de alom bekende indeling volgende **SMART**. Dus : specifiek, meetbaar, aantrekkelijk, realistisch en tijdgebonden.

Ten aanzien van de S:

De S staat voor specifiek. Het moet een model of methode zijn die inpasbaar is in de radiotherapie. Hij moet aansluiten bij de processen van de radiotherapie, maar ook bij de cultuur van de radiotherapie. Het moet een model worden voor het RTIL.

Ten aanzien van M. De M staat voor meetbaar. Dit houdt in dat het model dusdanig gekozen is dat deze kan meten. Ik wil een model dat concreet aangeeft wat de problemen kunnen zijn en in welke orde die problemen een risico vormen voor onze organisatie. Dus concreet aantoonbare liefst nog kwantificeerbare risico's in kaart brengen.

Ten aanzien van A. De A staat voor appellerend Dat betekent dat het model aantrekkelijk en uitdagend moet zijn voor degene die ermee gaat werken. Dit is van belang om voldoende draagvlak te creëren. Het model moet herkenbaar zijn. Men moet zich realiseren dat bij iedere verandering een risicoanalyse verricht moet worden en het moet daarom een model zijn dat niet afstoot, door bijvoorbeeld zijn complexiteit maar het moet juist aantrekkelijk zijn door zijn doorzichtigheid en toepasbaarheid.

Ten aanzien van R. De R staat voor resultaatgericht. Het resultaat moet uiteindelijk niet het model zijn, maar het resultaat dat het model met zich mee brengt. Het model moet gebruikt worden. Het moet uiteindelijk ertoe bijdragen dat kwaliteit verbeterd wordt. Incidenten naar aanleiding van nieuwe introductie van nieuwe zaken moeten verminderen. Het doel is inzicht creëren en acties initiëren

Ten aanzien van T. De T staat voor tijdgebonden. Het model moet makkelijk bruikbaar zijn in termen als kortdurend overleg, analysering die in een kort tijdsbestek plaats kan vinden en direct toepasbaar.

Door bovenstaande criteriavormen met elkaar te combineren is het volgende resultaat te benoemen.

1. specifiek RTIL: patiëntenproces georiënteerd
2. meetbaar: output en on-lineresultaten bekijkend
3. appellerend door multidisciplinaire toepasbaarheid en generieke bekendheid
4. resultaatgericht, dus leidend tot kwaliteitsverbetering
5. tijdgebonden in de vorm van niet te complex en niet innovatieblokkerend

Bovenstaande 5 criteria worden gekoppeld aan de 9 proactieve risicomodellen.

Bijlage 11

stappenplan & communicatie & middelen m.b.t de verbetering van de meldingscommissie

Doel: verbeteringsplan en traject opzetten voor de meldingscommissie.

Inleiding

De heer P.L.M.E.M. Gorissen heeft in juli 1999 zijn afstudeerscriptie afgerond met als onderwerp evaluatie van de meldingscommissie.

De volgende aanbevelingen werden in dit rapport gedaan:

- Een structurele en regelmatige terugkoppeling van de meldingscommissie naar de werkvloer.
- Meer rechtstreeks contact van de meldingscommissie met alle medewerkers.
- Het naleven van het bestaande reglement en een controle hierop, door de directie en/of het management team.
- Meldingscommissie uitbreiden met plaatsvervangers.
- Meldingscommissie dient zich ook bezig te houden met de preventie van meldingen.
- Terugkoppeling van de leidinggevenden naar de meldingscommissie over de zaken die er ondernomen worden om bepaalde meldingen op te lossen.
- Meer verantwoordelijkheid van de directie en /of het managementteam ten aanzien van de meldingscommissie.
- Meldingscommissie dient sneller terug te koppelen, niet zo lang wachten met het verwerken van de gegevens.

Als reactie hierop wil de meldingscommissie zoeken naar procedures waarbij terugkoppeling (communicatie) een automatisch onderdeel is van de afhandeling van meldingen.

Tevens wilt de meldingscommissie een verdieping van de analyse van de meldingen aanbrengen, waarbij niet alleen gekeken wordt naar de incidentie van de meldingen en de plaats waar zij zich voordoen in het behandelingsproces, maar ook inzicht scheppen in de oorzakelijke verbanden. Doel hiervan is een scheiding aan te brengen in technisch falen, organisatorisch falen en menselijk falen. Op grond hiervan is het mogelijk gerichte verbeteringsacties te ondernemen.

Het Prismamodel zou hier mogelijk bruikbaar voor zijn.

Dit model heeft zich in de praktijk al bewezen in de radiotherapieafdeling van het Catherina ziekenhuis te Eindhoven.

Stappenplan:

	Actie	Tijdstip van uitvoer
1	Bezoek aan Eindhoven i.v.m prismamodel	Februari 2002
2	Formuleren van een voorstel t.b.v directie	Maart 2002
3	Inventarisatie van middelen	April 2002
4	Maken van een plan van aanpak m.b.t invoer	September 2002
5	Implementatietraject inzetten	November 2002
6	Evaluatie	Mei 2003

Communicatieplan:

Met betrekking tot ad 2 & 3:

10 april overleg van Petra Reijnders met Philippe Lambin met betrekking tot goedkeuring Prismamodel en de middelenvoorziening.

(doel: goedkeuring)

Eind april : uitleg aan MWS ten aanzien van het Prismamodel, waarbij de consequenties, de gevolgen en de acties met name besproken zullen worden.

(doel: informatievoorziening)

Implementatietraject is mede afhankelijk van de scholingsdata en zal ingezet worden als in dit onderdeel voorzien is.

Middelenvoorziening met betrekking tot project: prisma

De informatie die geleid heeft tot de opsomming van onderstaande items is afkomstig uit het gesprek met Margo van Eeuwijk, kwaliteitsfunctionaris van de radiotherapieafdeling van het Catherina ziekenhuis en de aanbevelingen uit het boek: 'fouten maken veiligheid', prisma, kwaliteitsinstrument voor risicobeheersing'.

Items:

Personeel:

1. uitbreiding van leden van meldingscommissie door een extra laborant toe te voegen en iemand van de administratie, zodat alle disciplines voorhanden zijn de commissie.
2. voorzitter die met name zorg draagt voor de structuur en de continuïteit.

Tijd:

1. vergaderfrequentie is 1 maal per 2 weken gedurende 1,5 tot 2 uur.
2. wekelijkse terugkoppeling van melding bij melder om zo additionele info te ontvangen.
1 dagdeel per week voor 1 lid van de meldingscommissie

scholing:

1. scholing van medewerkers die belast zijn met de uitvoering van het onderzoek naar de incidenten (zie bijlage)

middelen:

1. computerondersteuning met betrekking tot het registreren van de meldingen
2. centrale, herkenbare ruimte die ter beschikking staat voor informatieopslag van de meldingen

Bijlage
Scholing ten behoeve van het gebruik Prisma

Inleiding:

Om met het Prismamodel in de meldingscommissie goed te kunnen werken is een cursus vereist.

Deze cursus is bedoeld om leden van meldingscommissie eigen te maken met het model en ervoor te zorgen, dat de categorieën oorzaken, specifiek voor het RTIL, vastgelegd kunnen worden.

Cursus samenstelling:

De cursus wordt gegeven door dr. T.W. Van der Schaaf werkzaam aan de TU te Eindhoven en medeoprichter van het Prismamodel.

De eerste dag zal het hoe en waarom van het model beantwoord worden en is meer gericht op het geven van algemene informatie. De tweede dag wordt besteedt aan de praktische uitvoering en het oefenen met het model.

Tevens wordt er informatie gegeven over de ondersteunende aspecten van een softwareprogramma.

Daarnaast heeft dr. Van der Schaaf belangstelling om publicaties te verrichten ten aanzien van de implementatie in het RTIL van het Prismamodel.

Kosten:

Voorlopige kostenberaming is gebaseerd op een onderlinge afspraak, waarbij wij werkdagen van dr. Van der Schaaf kopen.

De geschatte kosten zijn ongeveer 1600 euro voor 2 cursusdagen.

Daarnaast is een onderhoudscontract een optie, waarbij er van beide kanten gekeken moet worden naar wensen en behoeftes.

Afspraak:

Op 10 april is er een overleg gepland met mij en de directeur medische zaken omtrent het plan van aanpak en de begroting van middelen voor het Prismamodel.

Petra Reijnders