

# Prisma model



Petra Reijnders-Thijssen M.A.  
manager patiëntveiligheid

Uitleg over de werkwijze en analyse  
resultaten

## PRISMA-uitleg

- incident beschrijving

Dmv boom:

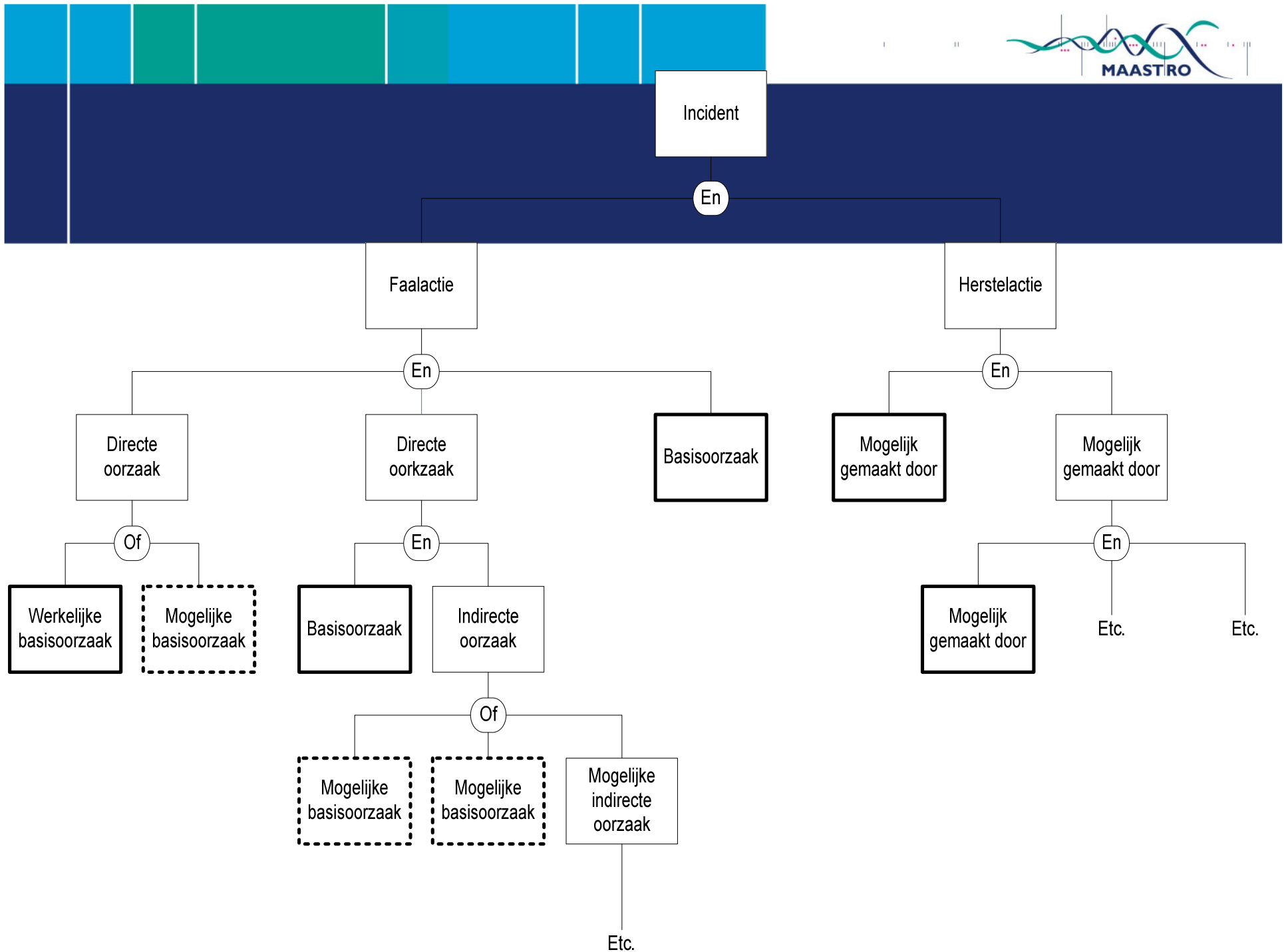
Topgebeurtenis,

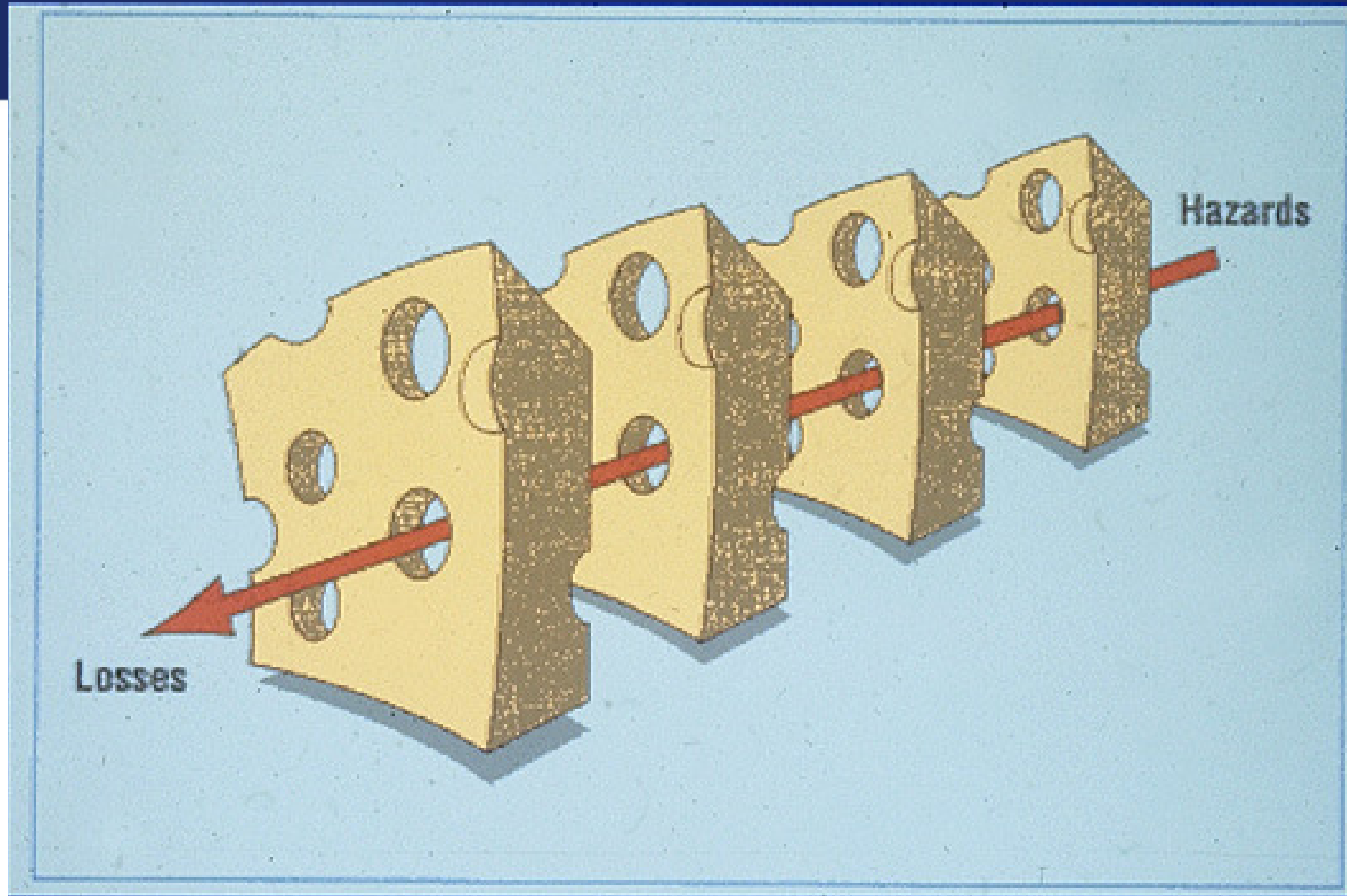
Faalzijde en herstelzijde

Directe oorzaken

Basisoorzaken

- Let op stopregels





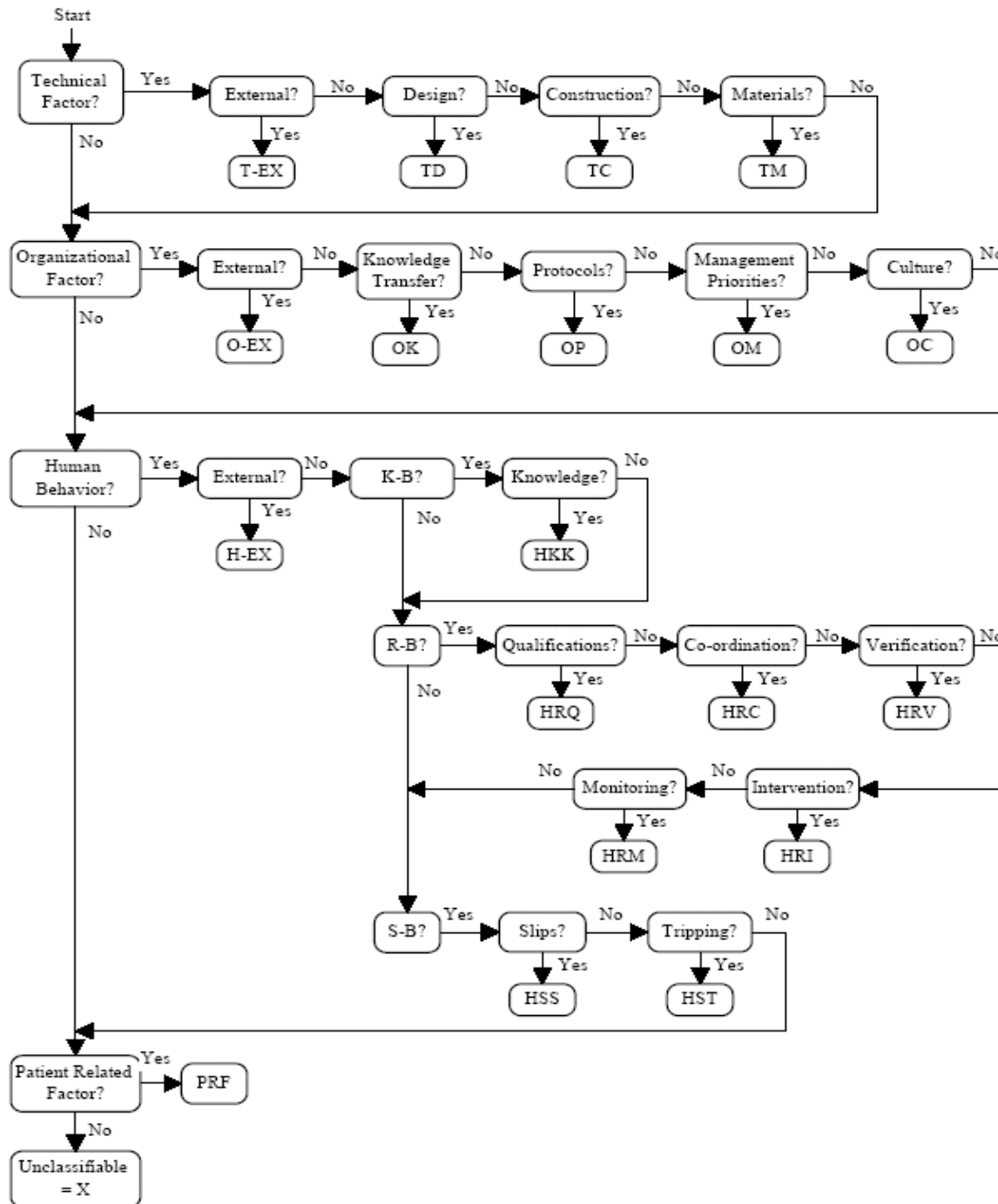
## stopregels

- Indien er geen feitelijk info te achterhalen valt.
- Indien het buiten de beïnvloedings sfeer van de organisatie valt.



## Wet van Murphy

- Als iets fout kan gaan, dan gaat dat ook
- Brood landt altijd met de jam naar onderen



## herstelfactoren

	<b>Gepland</b>	<b>Niet gepland</b>
<b>Menselijk</b>	P-H	NP-H
<b>Technisch</b>	P-T	NP-T
<b>Organisatorisch</b>	P-O	NP-O
<b>Patiëntgerelateerd</b>	(P-PRF)	NP-PRF
<b>Overig</b>		NP-X

# PRISMA - Classificatie / Actiematrix:

Classificatie code	Techniek	Procedures	Info en communicatie	Training	motivatie
TD	X				
TC	X				
TM	X				
OK		X			
OP		X			
OM		X			
OC		X	(X)		
HKK			X		No
HRQ			X		No
HRC			(X)	X	
HRV				X	
HRI				X	
HRM				X	
HSS	X				No
HST	X				No

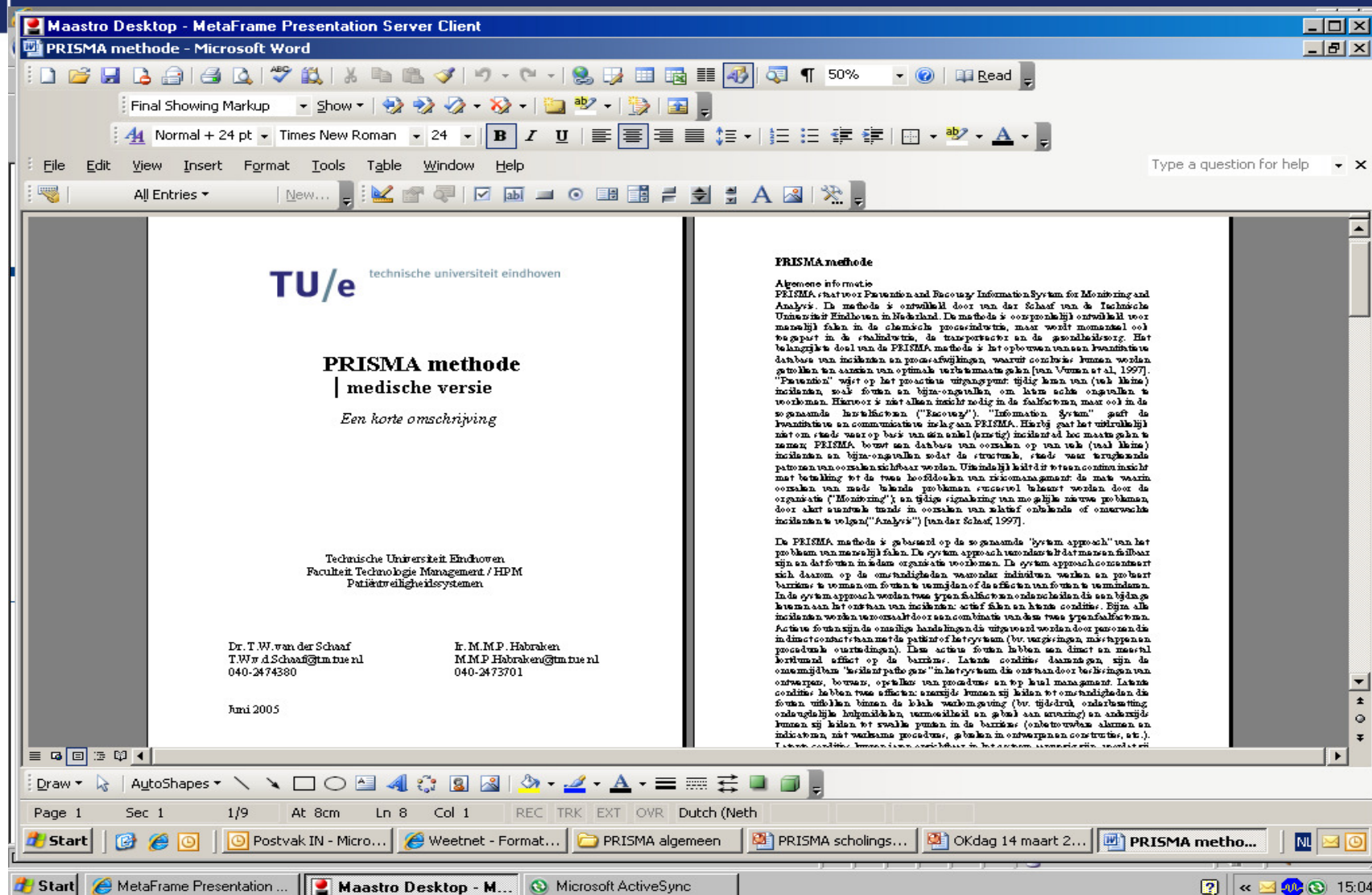
## In te vullen items melder

- Datum melding
- Naam en parafen betrokkenen
- Werkeenheid
- Functie
- Relevant proces
- Behandelprotocol
- Datum en tijd voorval
- Patiëntenidentificatienummer
- Afwijking bestraling
- Voorval beschrijving

## Contextvariabelen MAASTRO

- **organisatiekarakteristieken:**  
behandelurgentie, herontwerpdagen, werkwijze, werkeenheid
- **personeelskarakteristieken:**  
diensttijdervaring, ervaringsmomenten
- **techniekkarakteristieken:**  
apparatuurherkomst, hoe lang ervaring is met de apparatuur
- **speciale omstandigheden:** emotionele pat, overdracht, wisseling

# PRISMA handleiding



**TU/e** technische universiteit eindhoven

## PRISMA methode | medische versie

*Een korte omschrijving*

Technische Universiteit Eindhoven  
Faculteit Technologie Management / HPM  
Patiëntveiligheidssystemen

Dr. T.W. van der Schaaf  
T.W.v.d.Schaaf@tm.tue.nl  
040-2474380

E. M.M.P. Habraken  
M.M.P.Habraken@tm.tue.nl  
040-2473701

Juni 2005

### PRISMA methode

**Algemene informatie**  
PRISMA staat voor Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis. De methode is ontwikkeld door van der Schaaf van de Technische Universiteit Eindhoven in Nederland. De methode is oorspronkelijk ontwikkeld voor menselijk falen in de chemische procesindustrie, maar wordt momenteel ook toegepast in de vliegtuigbouw, de transportsector en de gezondheidszorg. Het belangrijkste doel van de PRISMA methode is het opbrengen van een breed scala aan informatie van incidenten en procesafwijkingen, waartoe concrete lijnen worden getrokken en een aantal van optimale verbetermaatregelen (van Vroman et al. 1997). "Prevention" wijst op het proactieve uitgangspunt: tijdig komen van (vaak kleine) incidenten, zoals fouten en bijna-ongevallen, om latere echte ongevallen te voorkomen. Hiervoor is niet alleen kennis nodig in de factoren, maar ook in de zogenaamde barrières ("Barriers"). "Information System" geeft de preventieve en communicatieve invulling aan PRISMA. Hierbij gaat het uiteindelijk niet om steeds weer op basis van een enkel (perzigtig) incident al hoe maatregelen te nemen. PRISMA bouwt een database van oorzaken op van vele (vaak kleine) incidenten en bijna-ongevallen zodat de structurele, steeds weer terugkerende patronen van oorzaken zichtbaar worden. Uiteindelijk leidt dit tot een concreet inzicht met betrekking tot de meest voorkomende problemen van het management, de meest voorkomende oorzaken van medische problemen, en hoe deze problemen voorkomen worden door de organisatie ("Monitoring") en tijdige signalering van mogelijke medische problemen, door alert structureel trends in oorzaken van relatief onbekende of onverwachte incidenten te volgen ("Analysis") (van der Schaaf 1997).

De PRISMA methode is gebaseerd op de zogenaamde "system approach" van het probleem van menselijk falen. De system approach veronderstelt dat mensen falbaar zijn en dat fouten in dergelijke organisaties voorkomen. De system approach concentreert zich daarom op de omstandigheden waaronder individuen werken en probeert barrières te vormen om fouten te vermijden of de effecten van fouten te verminderen. In de system approach worden twee typen factoren onderscheiden die een bijdrage kunnen aan het ontstaan van incidenten: actief falen en latente condities. Eigenlijk incidenten worden veroorzaakt door een combinatie van deze twee typen factoren. Actieve fouten zijn de onmiddellijke handelingen die uitgevoerd worden door personen die in direct contact staan met de patiënt of het systeem (bv. verkeerd geven, misstappen en procedurele overtredingen). Deze actieve fouten hebben een direct en meestal kortdurend effect op de barrières. Latente condities daarentegen zijn de onmiddellijke "verkeerd pathen" in het systeem die ontstaan door veranderingen van ontwerp, fouten, operationele procedures en top level management. Latente condities hebben een effect: zij zorgen ervoor dat zij leiden tot omstandigheden die fouten uitlokken binnen de lokale werkomgeving (bv. tijdsdruk, onderbreuring, onvoldoende hulpmiddelen, vermoeidheid en gebrek aan aandacht) en anderszels kunnen zij leiden tot slechte punten in de barrières (onbetrouwbare alarmen en indicatoren, niet werkzame procedures, gebreken in ontwerp en constructie, etc.).

Page 1 Sec 1 1/9 At 8cm Ln 8 Col 1 REC TRK EXT OVR Dutch (Neth)

Start Postvak IN - Micro... Weetnet - Format... PRISMA algemeen PRISMA scholings... OKdag 14 maart 2... PRISMA metho...

Start MetaFrame Presentation ... Maastro Desktop - M... Microsoft ActiveSync 15:04

Vragen?????

Petra.reijnders@maastro.nl

