

# Afstudeerscriptie

Leren door framing

Omgaan met crisis in het Havenziekenhuis



Naam: Lucienne Klein

Studentnummer: 322170

Adres: Vroedschapstraat 2

3264 SB Nieuw-Beijerland

[322170lk@student.eur.nl](mailto:322170lk@student.eur.nl)

Afstudeerbegeleider: Prof. Dr. Roland Bal

Meelezers: Drs. Anne Marie Weggelaar-Jansen MCM en Prof. Dr. Pauline Meurs

Rotterdam, augustus 2012



## **Voorwoord**

Ik heb me altijd al geïnteresseerd in onderwerpen die onder andere gerelateerd zijn aan veiligheid en kwaliteit in de gezondheidszorg. In de master konden we als onderwerp 'Crisis in de Zorg' kiezen en was het voor mij dan ook geen moeilijke keus om hier mee aan de slag te gaan. Het was een druk jaar waar ik veel plezier aan heb beleefd en waarin ik veel ervaring en kennis heb opgedaan. Na dit drukke jaar is de grote klus geklaard! Mijn masterscriptie over crisis in de zorg is afgerond en daarmee ook mijn Master Zorgmanagement. Ik had het niet gered zonder de steun van mijn zus, ouders en vriendin. Bij deze wil ik ze hiervoor bedanken. Ook wil ik nog een aantal mensen bedanken die een bijdrage hebben geleverd aan mijn scriptie. Mijn scriptiebegeleider Roland Bal voor zijn enthousiasme, kennis, adviezen en zijn snelle feedback. Ik vond het leuk om ook dit jaar mijn scriptie bij hem te mogen doen. Ook wil ik Anne Marie Weggelaar en Pauline Meurs bedanken voor het meelesen van mijn scriptie. Het Havenziekenhuis wil ik bedanken voor de medewerking aan mijn scriptie, met name Michiel Vervoort voor het regelen van de geïnterviewden en zijn hulp en adviezen. Ook wil ik de geïnterviewden bedanken voor hun enthousiasme en medewerking aan mijn scriptie en de tijd die ze hiervoor hebben vrijgemaakt.

Lucienne Klein,  
Nieuw-Beijerland, augustus 2012

## **Samenvatting**

Er zijn steeds meer zorgen over veiligheid in de gezondheidszorg. Kwaliteit en veiligheid in de zorg komen steeds meer onder de publieke aandacht en zo ook crisis in de zorg. Het is van belang om goed met zo'n crisis om te kunnen gaan, want de reputatie van een zorginstelling staat ook op het spel. In 2008 deed zich een medische fout voor, waarbij een aantal patiënten in het Havenziekenhuis in Rotterdam ziek werd. De vraag die in deze scriptie wordt behandeld is hoe er naar zo'n crisis gekeken wordt, want het soort 'frame' waaruit gekeken wordt kan leiden tot specifieke keuzes en tunnelvisie. Centraal staat in dit onderzoek de vraag: *'Hoe wordt de crisis in het Havenziekenhuis door directie en personeel geframed en wat heeft dit voor consequenties voor de wijze waarop het ziekenhuis leert van de crisis?'*

Het doel is te onderzoeken welke processen van framing en reframing een rol spelen in crisis in de zorg aan de hand van de analyse van de framing van het incident in het Havenziekenhuis. Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoek met documentanalyse en interviews met professionals en directie. Om een goed beeld te krijgen van onder andere het incident en de genomen maatregelen zijn documenten uit het Havenziekenhuis geraadpleegd en bestudeerd. Door middel van 13 semi-gestructureerde interviews met directie en professionals van het Havenziekenhuis is onder andere achterhaald vanuit welke frames wordt gekeken, hoe met de crisis is omgegaan en wat deze frames voor gevolgen hebben gehad.

De resultaten zijn aan de hand van een vooropgesteld theoretisch kader geanalyseerd en gaan in op de omgang van de crisis in het Havenziekenhuis en het leren door framing. De crisis is op drie manieren geanalyseerd. De directie handelt vooral vanuit een systeembenadering, waarbij reputatie als onderliggend frame kan worden gezien. Het handelen wordt vooral gedaan vanuit patiëntveiligheid, waarbij openheid en het nemen van verantwoordelijkheid centraal staan. In eerste instantie werd wel naar een schuldige gezocht, vooral door professionals, maar door de aanpak van de directeur en het hameren op een systeemfout was er snel consensus over het frame. Mede ook doordat de oorzaak snel duidelijk was. Bij de professionals is geprobeerd dit niet systeemdenkende gedrag om te vormen, maar dit is niet helemaal gelukt. Na de crisis zijn zo veel verbetermaatregelen doorgevoerd dat er compromissen (noodzakelijk of niet) moesten worden gesloten. Verhoudingen tussen management en professionals lijken te zijn verbeterd, maar ook wordt aangegeven dat deze altijd al goed waren. Zo is ook de omgang met veiligheid door personeel en directie bij sommigen verbeterd en bij anderen gelijk gebleven. Doordat landelijk veiligheid in de gezondheidszorg al meer op de agenda kwam kan het zijn dat hierdoor ook de omgang en consequenties voor kwaliteit en veiligheid zijn vergroot.

### **Summary**

There are increasing concerns about safety in health care. Public attention towards quality and safety in healthcare is increasing and so is crisis in healthcare. It is important to know what to do with such a crisis, because the hospital's reputation is also on the line. In 2008 a medical error occurred in the Havenziekenhuis in Rotterdam where some patients got ill. A crisis may offer opportunities by learning from such an experience. The question is how such a crisis is looked at, because the kind of 'frame' that is used can lead to specific choices and tunnel vision. In addition, these frames may differ and collide. The question central to this research is: 'How is the crisis in the Havenziekenhuis framed by management and staff and what would be the consequences for the way the hospital learns from the crisis?'

The aim is to investigate what role the processes of framing and reframing plays in crisis in healthcare by analyzing the framing of the incident at the Havenziekenhuis. A qualitative study with document analysis and interviews with professionals and executives is chosen. To get a good picture of the measures taken and the incident itself, amongst other things, documents from the Havenziekenhuis were studied. By means of 13 semi-structured interviews with executives and professionals of the Havenziekenhuis were held to obtain the frames, the handling of the crisis, and what the impact of the frames was. The document and interviews are combined to form an overall picture of the process.

The results are analyzed by a preconceived theoretical framework and discuss the handling on the crisis at the Havenziekenhuis and learning by framing. The crisis is analyzed in three different ways. The executives act mainly from a systems approach, by which reputation can be seen as an underlying frame. The handling of the crisis is mainly done from patient safety, by which taking responsibility and openness are central. Initially, they were looking for a culprit, especially by professionals, but by the approach from the director and his emphasis on a systems approach consensus of the frame was quickly realized, also because the cause was soon apparent. They tried to transform this not system thinking of the professionals, but this was not entirely successful. After the crisis, many improvement measures were implemented, so many that compromises (necessary or not) had to be closed. The relationship between management and professionals seems to have improved, but it was also shown that this has always been good. Similarly, dealing with safety by staff and management seems to be improved and with some others remained unchanged. Because security in healthcare has been more on the national agenda, it may be because of that, that the handling and consequences of quality and safety were increased.

## **Inhoudsopgave**

1. Inleiding en probleemstelling	8
1.1 Probleemstelling	8
1.2 Betekenis voor de praktijk	9
2. Theoretisch kader	10
2.1 Framing en naming	11
2.2 Strijd om framing	12
2.3 Construeren van frames	12
2.4 Frames en crisis	13
2.5 Reframing	14
2.6 Patiëntveiligheid	15
2.7 Samenvatting	16
2.8 Deelvragen	17
3. Methode en werkwijze	18
3.1 Doelstelling	18
3.2 Onderzoekslocatie	18
3.3 Onderzoeksopzet en analyse	18
3.4 Geïnterviewden	19
3.5 Ethische Dilemma's	20
3.6 Validiteit & Betrouwbaarheid	20
3.7 Verwachte resultaat	21
4. Resultaten	22
4.1 Framen van de crisis in het Havenziekenhuis en het ontstaan binnen de frames	22
4.2 Omgang, getroffen maatregelen en communicatie met betrekking tot de crisis	29
4.3 Analyse van de crisis	41
4.4 Ondernomen acties na uitkomsten onderzoek en leermomenten	47
4.5 Processen van framing en reframing	59
5. Conclusie	62
6. Discussie	65
6.1 Beperkingen	65
6.2 Aanbevelingen vervolgonderzoek	66
6.3 Aanbevelingen voor de praktijk	66

Literatuurlijst

## **Bijlagen**



## **1. Inleiding**

Crises in de gezondheidszorg komt steeds meer onder de publieke aandacht. Doordat kwaliteit en veiligheid steeds meer in de publieke belangstelling komen te staan en de reputatie van het ziekenhuis steeds belangrijker wordt, is het van belang goed met de crisis om te kunnen gaan. In het boek 'Onder Zeil' wordt een medische fout gereconstrueerd uit 2008, waarbij een aantal patiënten uit het Havenziekenhuis in Rotterdam ziek werd na een relatief eenvoudige ingreep, waarvan één wekenlang in kritieke toestand ligt. Het boek vertelt hoe deze fout kon ontstaan, hoe hier mee om is gegaan en wat de impact van die fout was voor de patiënt, maar ook voor familie en hulpverleners (Buikema 2011). Het gaat hier om een crisis wanneer zo'n gebeurtenis leidt tot aanpassingen binnen de afdeling of het gehele ziekenhuis. Een crisis kan voor een zorginstelling kansen bieden om veranderingen te bedenken en door te voeren, te leren en bijvoorbeeld om te vormen. De vraag is echter hoe er naar die crisis gekeken wordt. Dit gebeurt meestal vanuit een bepaald soort 'frame'. Een frame is een denkkader dat bestaat uit interpretaties die mensen gebruiken om een bepaalde gebeurtenis te begrijpen en de keuzes die mensen maken hangen af van deze frames (Schön & Rein 1986). De totstandkoming van frames is interessant om te bekijken, want het hebben van een bepaald frame kan leiden tot tunnelvisie en specifieke keuzes. De manier van 'framing' van een crisis leidt dan tot een specifieke aanpak.

Frames van gebeurtenissen zoals een crisis kunnen verschillen. Is het frame van de directie bijvoorbeeld hetzelfde als dat van de professionals? Hoe er met een crisis wordt omgegaan is van invloed op de uitkomst en de impact. Hoe is deze ontstaan? Hoe krijgen we er grip op? Hoe verlopen deze processen van framing, welke actoren spelen hier een rol in en hoe vertaalt dit zich in het beleid? Dit zijn vragen die steeds belangrijker worden bij crises in de gezondheidszorg.

### **1.1 Probleemstelling**

De vraag die in het onderzoek centraal staat luidt als volgt:

*'Hoe wordt de crisis in het Havenziekenhuis door directie en personeel geframed en wat heeft dit voor consequenties voor de wijze waarop het ziekenhuis leert van de crisis?'*

Deze scriptie onderzoekt de gebeurtenissen in het Havenziekenhuis rond de crisis in 2008 vanuit het perspectief van framing en kijkt naar de effecten van de crisis op de organisatie van het ziekenhuis in de jaren daarna. De opzet van de scriptie is als volgt. Na het theoretisch kader worden specifieke vragen geformuleerd voor het empirisch onderzoek. Daarna worden de gehanteerde onderzoeksmethoden beschreven. In het empirisch deel van



de scriptie reconstrueer ik de crisis uit 2008 en kijk specifiek naar de frames die door directie, managers en zorgprofessionals zijn gehanteerd. Ook bespreek ik de consequenties die deze framing heeft gehad voor de wijze waarop het ziekenhuis daarna met veiligheidskwesties is omgegaan. In de conclusie en discussie beantwoord ik de vragen en plaats deze in het licht van de literatuur.

### 1.2 Betekenis voor de praktijk

Een crisis kan op een bepaalde manier geframed worden en door het hebben van zo'n specifiek frame worden ook specifieke acties ondernomen. Door te kijken hoe het incident binnen het Havenziekenhuis geframed is door directie en de professionals is te zien of deze specifieke aanpak van elkaar verschilt en of deze anders zou zijn als er via een ander frame naar gekeken wordt. Op deze manier kan bij een mogelijk toekomstig incident gekeken worden of hier rekening mee moet worden gehouden. Voor andere ziekenhuizen kan dit ook behulpzaam zijn op welke manier een crisis in de toekomst wel of niet aangepakt kan worden.

## **2. Theoretisch kader**

Als een crisis wordt afgehandeld zullen mensen verschillende houdingen hebben over hoe hiermee het beste kan worden omgegaan. Mensen zoeken een manier die aansluit bij wat zij zien als bevredigend. Ze willen weten wat ze anders hadden kunnen doen, wat ze fout hebben gedaan en wat er beter kan om dit in de toekomst te voorkomen. Ze creëren dan een 'frame' om om te gaan met de situatie. Klinische zorg is een complex sociaaltechnisch systeem (Iedema 2010). Het is vooral de arts-patiënt relatie die bepaalt of mensen zorg als veilig, betrouwbaar en deskundig zien (Dulmen 2001). Het vertrouwen van de patiënt berust op het sociaaltechnisch systeem en is niet terug te voeren op de arts-patiënt relatie, maar gaat over het hele zorgnetwerk (Iedema 2010). Iedema (2010) geeft aan dat als in een zorginstelling een fout is gemaakt hier verschillend mee kan worden omgegaan. Managers en professionals hebben een verschillende manier van het openbaren van een fout en het afsluiten ervan. Dit is een voorbeeld van het handelen vanuit een bepaald soort 'frame'. Zo zijn managers meer geneigd een fout te openbaren en te analyseren, maar minder geneigd zich er voor te verontschuldigen. Professionals aan de andere kant gebruiken bijvoorbeeld het liefst niet de term fout, maar hebben het eerder over een complicatie (Iedema 2010). Deze denkwijze kan zorgen voor spanningen tussen managers en professionals. Het 'frame' waarin de managers zitten is die van onderzoeken en verbeteren. Ze bieden hun excuses niet aan, omdat ze zichzelf zien als een oplossingsmechanisme en zien verontschuldigingen als een persoonlijke kwestie en geen institutionele verantwoordelijkheid voor de geleverde service. Voor professionals is nabijheid richting de patiënt de juiste manier om om te gaan met incidenten. Ze bieden wel hun verontschuldigingen aan (Iedema 2010).

Het hele zorgproces is aan elkaar vervlochten en systeemdenken laat zien dat een incident niet te verklaren is op basis van één factor. Het systeemdenken gaat er van uit dat het gedrag van een systeem niet te verklaren is als een simpele oorzaak-gevolg relatie, maar een samenspel is van verschillende componenten die met elkaar interacteren. Hierbij speelt feedback een belangrijke rol (Edmondson 2004). De benadering van professionals (just culture) over het afsluiten van een incident past niet bij het systeemdenken en het leren over veiligheid en systeemdenken. Dit komt doordat professionals zichzelf meer verantwoordelijk achten voor het incident als ze er dichterbij staan dan bijvoorbeeld managers die er meer afstand van hebben en het niet zien als een losstaande factor, maar als systeemdenken (Iedema 2010). Een andere denkwijze over het bekendmaken van fouten en de houdingen hierover van de professionals en het management kan dus verschillend zijn. De vraag is vanuit welke frames wordt gekeken en welke frames hier aan onderliggend zijn en waarom deze bepaalde acties genomen worden. Professionals en managers lijken dus verschillend te kijken naar de begrippen just culture en systeemdenken.

## 2.1 Framing en naming

Schön & Rein (1994) introduceerden het begrip 'frames', waarmee zij doelen op het hebben van een bepaalde blik, op basis van onze onderliggende structuren, geloof, percepties en waardering. Deze frames bepalen welke argumenten en feiten relevant zijn. Deze frames kunnen ook conflicterend zijn en verschuiven. Ook kunnen mensen hun frames 'reframen', waardoor het frame een nieuwe lading krijgt. Als we namelijk ons frame laten beïnvloeden en loslaten kunnen nieuwe concepten en interpretaties zich ontwikkelen. Rein (1983) definieert een frame als:

*"A frame is a way to understand the things we say and see and act on in the world. It consists of a structure of thought, of evidence, of action and hence of interest and of values. In brief, a frame integrates theory, facts, interests and action."* (Rein 1983, p. 96)

Frames hebben een aantal kenmerken. Zo zijn frames niet falsifieerbaar, want er is niet zoiets als een frame-neutraal perspectief. Er bestaat geen andere manier om te kijken naar een verschijnsel dan door een frame. Een frame kan gezien worden als een bepaalde visie. Afhankelijk van hoe er naar een verschijnsel wordt gekeken worden bepaalde feiten als relevant gezien en andere niet. Als mensen vanuit verschillende frames focussen op dezelfde feiten kunnen ze er ook nog een andere interpretatie aan geven. Fairhurst & Sarr (1996) geven een iets andere invulling aan een frame, maar zitten daarbij redelijk op dezelfde lijn als Schön & Rein (1994). Volgens Fairhurst & Sarr (1996) omschrijven frames als het vermogen of de betekenis van een onderwerp vorm te geven en zijn karakter en significantie te beoordelen. Het kiezen van een frame is het kiezen van één bepaalde betekenis boven een andere. Als we ons frame delen met andere gelden onze eigen interpretaties als waarheid boven die van anderen. Volgens hen bestaat framing uit drie elementen, te weten uit taal, gedachten en voorzorg. De taal zorgt ervoor dat informatie onthouden wordt en dat we verschijnselen op een bepaalde manier zien. Mensen hebben gedachten nodig om taal te gebruiken en te reflecteren op hun eigen interpretatieve frame en die van anderen. Het hebben van voorzorg gaat uit van spontaan framen in bepaalde omstandigheden om framingmogelijkheden te voorspellen. Ze moeten dan plannen om spontaan te doen. Fairhurst & Sarr (1996) geven daarnaast aan dat er verschillende mogelijkheden zijn om verschijnselen te framen. Dit kan door metaforen, verhalen, tradities, slogans, artifacten, contrasten en spinnen, waarbij spinnen gaat over het geven van een negatieve of positieve connotatie aan een concept. Er is ook sprake van 'naming', waarbij aspecten van een verschijnsel worden genoemd. Dit is echter altijd partieel en omvat nooit alle aspecten. Hoe we iets noemen bepaalt namelijk voor een groot deel hoe we iets zien en omgekeerd. Je kunt frames proberen te vergelijken, maar dit is lastig, doordat bijvoorbeeld

een beleidsprobleem in het ene frame iets anders is dan in het andere. Ook vindt framing plaats binnen een bepaalde globale context. Zo bepaalt de institutionele context hoe naar een situatie gekeken wordt. Het reframen van een gebeurtenis kan namelijk de context veranderen waarvan het afhankelijk is (Schön & Rein 1986). Zo kun je van een negatieve situatie een positieve situatie maken. Er wordt vanuit een andere hoek naar het probleem gekeken en hier wordt ook de oplossing gezocht. Een manager moet bijvoorbeeld proberen te begrijpen hoe de medewerkers denken om zo hun acties te begrijpen en op die manier hun gedrag te beïnvloeden.

## 2.2 Strijd om framing

Door te communiceren in een bepaald frame zal iemand op een andere manier omgaan met een situatie dan iemand die kijkt vanuit een ander frame. De een kan negatief tegen een bepaalde situatie aankijken, terwijl de ander het ziet als iets positiefs. Het negatieve gedrag kun je omvormen in positief gedrag waardoor andere beslissingen worden genomen. Het is echter moeilijk om vergelijkingen te maken tussen frames. Binnen organisaties kunnen specifieke frames dominant zijn en kan er een strijd om framing plaatsvinden. Zo heeft een bepaald verschijnsel alleen een betekenis als deze in het frame of de context wordt geplaatst waarin we het kunnen waarnemen. Mensen kijken namelijk vanuit een bepaald frame om gebeurtenissen te begrijpen en hierop te reageren. Deze frames zijn gebaseerd op culturele en biologische invloeden en de keuzes die gemaakt worden vloeien hier uit voort. Zo kan de massamedia (stereotypering), maar bijvoorbeeld ook een organisatie de perceptie van een individu beïnvloeden. Frames beïnvloeden ook het politieke speelveld. Schön & Rein (1994) geven aan dat de frames die ten grondslag liggen aan de politieke positie en onderliggend zijn aan strijdigheid meestal 'tacit' zijn. Dit wil zeggen dat deze uitgesloten zijn van bewust redeneren en bewuste aandacht.

## 2.3 Construeren van frames

Frames opereren op een bepaalde manier waarbij ze het probleem definiëren, oorzaken diagnosticeren, een moreel oordeel vellen en oplossingen zoeken. Schön & Rein (1994) onderscheiden 'retorische frames' en 'actie frames'. Waarbij 'retorische frames' de frames zijn die ten grondslag liggen aan het overtuigende gebruik van een verhaal en argumenten in een beleidsdebat en kaderen in wat al is gebeurd. Ze zijn onderliggend aan het beleidsproces en refereren naar een brede interpretatie van een bepaalde kwestie, bijvoorbeeld een politiek idee over de inrichting van onderwijs. Deze frames winnen hun kracht door sociale en culturele resonantie. Ze zijn verweven met sociale begrippen en cultuur, zoals normen en waarden. Het gaat daarbij om een emotionele meebeleving van een bepaald sociaal en cultureel thema. Door nieuwsberichten kunnen bijvoorbeeld onze

opvattingen en ervaringen worden versterkt wat het geloofwaardiger maakt. 'Actie frames' zijn frames die legitimiteit krijgen door hun connectie met een bepaald retorisch frame en roepen op tot actie. Deze frames zijn expliciet verbonden aan een bepaald beleid of een bepaalde manier van handelen en zijn dus specifiek.

Ook onderscheiden ze politieke actie frames, institutionele actie frames en metaculturele actie frames. Een politiek actie frame wordt gedragen door een institutionele actor die een specifieke beleidssituatie construeert. Een institutioneel actie frame is een meer generiek actie frame waarbij institutionele actoren de beleidsframes die ze gebruiken afleiden en deze gebruiken om een grote hoeveelheid problematische beleidssituaties te structureren. Deze zijn complex en zijn niet te plaatsen in een overkoepelend frame. Metaculturele frames zijn culturele gedeelde systemen van geloof. De metaculturele frames liggen ten grondslag aan de beleidskwesties die de retorische en actie frames construeren. Deze genoemde frames zijn niet hiërarchisch te ordenen, maar overlappen elkaar en zijn moeilijk te onderscheiden (Schön & Rein 1994).

Het reconstrueren van een frame is niet gemakkelijk. Het is moeilijk om in een beleidssituatie aan te geven welk frame onderliggend is aan de institutionele beleidspositie van de actor. Dit ten eerste doordat retorische frames die de publieke uitingen van de beleidsmakers vormen af kunnen wijken van de frames die horen bij hun actiepatronen. Dit is omdat ze bijvoorbeeld legitimiteit zoeken voor acties die eigenlijk geïnspireerd zijn door andere intenties. Ten tweede kan een actie ook consistent zijn met verschillende frames. Ten derde kan het bedoelde frame op een ander niveau afwijken dan het bedoelt is. Ten vierde is het ook moeilijk onderscheid te maken tussen conflicten binnen een frame en tussen frames. Ten slotte is het moeilijk aan te geven of er daadwerkelijk een verschuiving van een frame heeft plaatsgevonden of dat het een potentiële verschuiving was (Schön & Rein 1994).

#### 2.4 Frames en 'crisis'

Pick (2003) laat zien dat het uitmaakt hoe er met een crisis wordt omgegaan als je vanuit een ander frame kijkt. Zo vertelt Pick (2003) over verschillende frames bij een fusie van twee Hogescholen. Drie frames hadden een belangrijke invloed op de fusie. Het eerste frame benadrukte de regionale, sociale en economische ontwikkeling, het tweede richtte zich op onderwijs voor de industrie en het exploiteren van deze bronnen en de laatste op het globale concurrentievermogen. Deze frames geven een andere interpretatie van onder andere culturele waarden en beleidsbeslissingen. Frames kunnen namelijk ook botsen en concurreren met elkaar. Door het analyseren van deze frames kunnen de relaties van de gebeurtenissen in kaart worden gebracht en de frames die deze gebeurtenissen vorm gaven. Zo verschoven de frames van sociale, economische en culturele ontwikkeling naar een

frame gebaseerd op globaal concurrentievermogen, waardoor de fusie een ander verloop kreeg (Pick 2003). Dit kunnen overlappings zijn van de genoemde retorische frames en actie frames van Schön & Rein (1994).

Moreira (2007) biedt een systematisch analyse framework om de relatie tussen communicatie van een crisis in de gezondheidszorg en de ontwikkeling van gezondheidszorgbeleid te beschrijven. Hij geeft aan dat er drie dimensies zijn van risicoperceptie. Deze zijn complexiteit, onzekerheid en ambiguïteit. In elke dimensie is de perceptie van het risico anders en daarmee ook de omgang met de crisis. Complexiteit gaat over de verschillende factoren die te maken hebben met het oorzaak-gevolg paradigma van de sociale interpretatie van risicoperceptie in de gezondheidszorg. Onzekerheid gaat over tot op welke hoogte effecten van een bepaalde oorzaak kunnen worden voorspeld en hierop gereageerd kan worden. Ambiguïteit bestaat uit de variabele interpretatie van berichten door het grote publiek en is verschillend van onzekerheid, doordat het bij ambiguïteit gaat over opinie. Met deze dimensies zijn er vier communicatie kwesties die gerelateerd zijn aan de risico analyse en beleidsinterventie. Deze zijn beoordeling van risico (hoe hoog is het risico?); risico management (verlagen, vermijden of minimaliseren van het risico?); risico evaluatie (is het risico tolerabel?) en risico communicatie (transparantie en overeenstemming over risico management)(Moreira 2007).

De manier waarop over een crisis gecommuniceerd wordt buiten en binnen de organisatie is belangrijk om de crisis niet verder te laten escaleren. Renn (1991) geeft verschillende kanalen aan van communicatie. Van persoonlijke face-to-face interactie tot indirecte interactie met het publiek door middel van bijvoorbeeld televisie. Het effect van de gecommuniceerde informatie hangt af van het publiek en de manier waarop informatie ontvangen en verwerkt wordt. De informatie kan geframed worden op een manier dat het voldoet aan de verwachtingen. De frames kunnen zich stabiliseren waardoor het escaleren van de situatie uit kan blijven (Renn 1991).

## 2.5 Reframing

Publiek leren kan uitblijven als er constant strijd is in de politiek, omdat het onderzoek doen naar politieke kwesties vraagt om een consensueel framework om de bevindingen te evalueren en interpreteren (Schön & Rein 1994). Frames kunnen ook doorbroken worden waardoor er 'reframing' plaatsvindt. Door het introduceren van nieuwe frames kan de hechting aan het oude frame doorbroken worden en kunnen leerprocessen ontstaan. Hierdoor creëren zich onder andere nieuwe concepten, interpretaties, ideeën en overtuigingen. Zo kun je een probleem als een kans zien, of een onmogelijkheid zien als een mogelijkheid, of een sterkte in plaats van een zwakte (Schön & Rein 1994). Door reframen kan ook geleerd worden. Doordat mensen in gaan zien waarom anderen anders denken dan

zijzelf, kunnen ze hierdoor hun denken beïnvloeden, met als gevolg de acties die ze ondernemen. Reframen kan een manier zijn om in het hoofd van een ander te komen. Reframen kan bijvoorbeeld niet tot stand komen als consequentie van reflectie op frames, maar als een bijproduct van acties die ondernomen worden voor andere zaken. Frame reflectie kan voorkomen maar hoeft geen aanleiding te geven tot reframing.

Als voorbeeld van een reframingsproces beschrijven Schön & Rein (1994) een case study over 'Project Athena' bij MIT, waarbij het produceren van campus breed computersysteem voor educatief gebruik centraal stond. De intenties van het project werden niet juist geïnterpreteerd, wat zorgde voor conflicten. Doordat de bedoelingen van de gebruikers en de intenties van de makers van elkaar afweken moest er worden omgegaan met deze discrepantie. Een manier voor de makers om dit te doen was een keuze maken tussen marketing, onderhandeling en co-design. Deze drie types vermengen zich met elkaar. Het beleid van Athena is gereframed door een keuze te maken tussen de drie types. De benadering die gekozen werd koppelde onderhandeling en co-design aan elkaar en zorgde voor een systeem dat zich focuste op het leveren van basis educatieservices voor de MIT gemeenschap in zijn geheel. De culturele frames zijn redelijk constant gebleven tijdens de gehele periode en op het eind waren deze in essentie wat ze waren in het begin. Op een dieper niveau laat het verhaal een conflict zien tussen deze frames waarbij twee conflicterende denkbeelden over Athena's identiteit naar boven komen. Deze conflicten waren niet duidelijk bij de designers van Athena. Doordat de designers volhardend waren in hun intenties van het beleidsobject is de hierop volgende crisis goed verlopen. De conflicterende cultuur frames lieten een tweedeling zien tussen ware gelovigen en twijfelaars over de rol van technologie in de maatschappij (Schön & Rein 1994).

## 2.6 Patiëntveiligheid

De betekenis van patiëntveiligheid wordt ook door frames bepaald. Patiëntveiligheid komt voort uit verschillende factoren die op het thema inspelen, zoals fouten, incidenten, klachten, adverse event, complicaties, professionele standaard (Safety 4 Patients 2012). De manier waarop een instelling met veiligheid en bijvoorbeeld crisis omgaat, hangt af van de manier waarop zij het framen. Als er bijvoorbeeld een crisis in de instelling heeft plaatsgevonden kan door middel van de manier waarop zij er mee omgaan een nieuw pad worden ingeslagen, waardoor een nieuw frame ontstaat. Binnen deze crisis ontstaat dan een nieuw frame. Zo geeft The Kingdon model (1984) aan dat nieuwe kwesties pas op de agenda worden gezet en er verandering optreedt als de stromen van 'problem', 'policy' en 'politics' bij elkaar komen. Deze stromen bewegen zich naast elkaar totdat ze op een bepaald punt bij elkaar komen en een kwestie wel serieus wordt genomen (Buse et al. 2009). De crisis fungeert dan als een mogelijkheid om patiëntveiligheid op de agenda van de organisatie te krijgen en om

er op een specifieke manier invulling aan te geven. Wat voor invulling hangt dan af van de omstandigheden. Er kunnen bijvoorbeeld mensen ontslagen worden, risicovolle situaties kunnen meer worden geanalyseerd of de instelling gaat meer richting een lerende organisatie. Dit hangt allemaal af van de manier waarop de instelling de crisis framed. Zo kan een fout gezien worden vanuit het persoonlijk perspectief, waarbij de persoon zelf verantwoordelijk wordt gehouden voor de fout of voor het organisationele perspectief, waarbij het persoonlijk handelen en error niet los staat van de context waarin deze plaatsvindt (Vincent 2010).

Een ander voorbeeld van framing is een fatale medische fout van een verpleegkundige, die verkeerde medicatie toedient bij een moeder die in het ziekenhuis komt bevallen. Het kindje overleeft het wel. De verpleegkundige kreeg de schuld, werd ontslagen en kreeg een straf opgelegd. Deze gebeurtenis bracht een hoop interne en externe veranderingen teweeg met betrekking tot veiligheidsprocedures en medicatie binnen het ziekenhuis. Zo kwam uit de Root Cause Analysis (RCA) dat het niet alleen de fout van de verpleegkundige was, maar dat er ook sprake was van systeemfouten (Leape 2010). Een systeemfout is een fout die voorkomt binnen een systeem, doordat het systeem faalt. Fouten in een systeem zorgen voor latente condities, waardoor actieve fouten ontstaan (Reason 1997). In het betreffende onderzoeksverslag wat geschreven is, zijn geen kritische vragen gesteld met betrekking tot systeem fouten, maar is er alleen gekeken naar de prestatie van de verpleegkundige. In het ziekenhuis ontbraken goed georganiseerde evidence-based procedures. Om deze gebeurtenis om te vormen tot een leerproces is het belangrijk verder te kijken dan het persoonlijk beschuldigen van de verpleegkundige. Zo was de verpleegkundige meer een tweede slachtoffer in de gebeurtenis. Het aanwijzen van een schuldige is echter een normale reactie, maar als het ziekenhuis de schuld op zich had genomen, zou de verpleegkundige niet zijn ontslagen en waarschijnlijk haar licentie niet zijn verloren. 'To Err Is Human' geeft aan dat fouten ontstaan door slechte systemen en dat niet de mensen de fout maken. Zo kijk je vanuit een ander frame naar de fout en kan er een leermoment worden gecreëerd. Zo ook bij de fout van de verpleegkundige. Als er vanuit een 'blame' frame wordt gekeken zal alleen de prestatie van de verpleegster worden beoordeeld, maar als er vanuit een 'systeem' frame wordt gekeken komt naar boven dat er verschillende systeemfouten de oorzaak waren van de gebeurtenis (Denham 2010; Leape 2010; Smetzer et al. 2010).

## 2.7 Samenvatting

Een frame is een manier om te begrijpen wat we zeggen, zien en doen. Het bestaat uit bepaalde structuren van gedachten, geloof, percepties en waardering. De frames bepalen welke argumenten en feiten relevant zijn. De manier waarop we iets een naam geven



(naming) bepaalt ook voor een groot deel hoe we iets zien en omgekeerd. Daarnaast bepaalt de context hoe gekeken wordt naar een bepaalde gebeurtenis. Deze frames kunnen ook botsen en kan een strijd om framing plaatsvinden. Het ene frame is dan dominant ten opzichte van een ander frame. Het construeren van zo'n frame is niet gemakkelijk, omdat onder andere frames vaak overlappen en acties vaak niet overeenkomen met het bijbehorende frame en andersom (Schön & Rein 1994).

Pick (2003) laat zien dat het uitmaakt hoe er met een crisis om wordt gegaan als je vanuit een ander frame kijkt. Deze frames geven een andere interpretatie van onder andere culturele waarden en beleidsbeslissingen. Frames kunnen namelijk ook botsen en concurreren met elkaar. Door het analyseren van deze frames kunnen de relaties van de gebeurtenissen in kaart worden gebracht en de frames die deze gebeurtenissen vormgaven (Pick 2003).

Als frames steeds in strijd zijn met elkaar kan leren uitblijven. Er is een consensueel framework nodig om bevindingen te evalueren en te interpreteren. Door reframing kunnen frames doorbroken worden en kan een nieuw frame ontstaan en zo ook een leerproces. Nieuwe concepten, interpretaties en ideeën kunnen zo ontstaan (Schön & Rein 1994).

Zo wordt bijvoorbeeld door middel van bepaalde frames betekenis gegeven aan patiëntveiligheid en hoe de organisatie deze vertaalt naar de praktijk. Patiëntveiligheid komt voort uit verschillende factoren die op dit thema inspelen. De manier waarop een instelling met veiligheid en bijvoorbeeld crisis omgaat hangt af van de manier waarop zij het framen.

## 2.8 Deelvragen

Door middel van de volgende deelvragen zal de probleemstelling *'Hoe wordt de crisis in het Havenziekenhuis door directie en personeel geframed en wat heeft dit voor consequenties voor de wijze waarop het ziekenhuis leert van de crisis?'*

worden beantwoord:

1. Hoe wordt de crisis geframed door de directie en personeel binnen de instelling?
2. Hoe wordt het ontstaan van de crisis vanuit de verschillende frames verklaard?
3. Hoe is/wordt met de crisis omgegaan binnen het frame en welke maatregelen worden/werden getroffen door de verschillende actoren in het ziekenhuis?
4. Hoe wordt de crisis binnen de organisatie geanalyseerd en gecommuniceerd?
5. Op welke manier wordt hier van geleerd door middel van reframing en hoe lopen deze processen van framing en reframing?

### **3. Methode en werkwijze**

In dit hoofdstuk worden de methode en werkwijze van het onderzoek beschreven. Eerst komt de doelstelling ter sprake, hierna de onderzoekslocatie en onderzoeksopzet. Vervolgens de geïnterviewden en de ethische dilemma's. Tenslotte wordt de betrouwbaarheid en validiteit besproken.

#### **3.1 Doelstelling**

De doelstelling is te onderzoeken hoe processen van framing en reframing een rol spelen in crisis in de zorg, aan de hand van een analyse van de framing van de propofol crisis in het Havenziekenhuis. Beschreven wordt vanuit wat voor frames hier naar gekeken wordt en wat het hebben van deze frames voor gevolgen heeft gehad. Het doel is om inzicht te krijgen in de omgang van de crisis en hoe deze is ontstaan, hoe deze is geanalyseerd, welke maatregelen er zijn getroffen en hoe dit vervolgens gemanaged is. Daarnaast wordt onderzocht op welke manier het hebben van een bepaald frame richting een crisis zich vertaald naar een leerproces door middel van reframing.

#### **3.2 Onderzoekslocatie**

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in het Havenziekenhuis in Rotterdam. In het ziekenhuis is sprake geweest van een incident, waarbij gecontamineerde propofol (een anesthesiemiddel) zeven patiënten ziek maakte. Dit incident is onderzocht. Zeven patiënten werden ziek na een relatief eenvoudige ingreep. Daarvan moest één patiënt nog een keer worden geopereerd waarna ernstig multiorgaanfalen optrad. Alle patiënten zijn uiteindelijk hersteld. Uit onderzoek kwam dat uit één flacon meerdere patiënten het middel kregen toegediend. Het gereedmaken van het middel gebeurde niet op aseptische wijze. Dit kwam doordat het middel langer dan 6 uur geopend bewaard werd en de spike die gebruikt werd om het middel op te zuigen met moeite steriel te hanteren is. Deze spike werd overgezet van de ene op de andere flacon. Op de flacon was niet te zien wanneer deze geopend was en kon het zijn dat de dag met een niet-steriele flacon werd begonnen (Klein et al. 2010).

Het Havenziekenhuis is een klein algemeen ziekenhuis met 160 bedden met specialistische kennis over tropische ziektes. Sinds 2006 is het ziekenhuis een dochteronderneming van het Erasmus MC en is er sinds 2007 een grote renovatie van het ziekenhuis begonnen. Er werken ruim 700 medewerkers, waaronder 40 specialisten. Ook zet een aantal mensen zich vrijwillig in voor de patiënten en bezoekers. Er is een groot aantal hoofdspecialismen binnen het ziekenhuis, zoals Allergologie, Anesthesiologie, Cardiologie, Interne Geneeskunde en Chirurgie. Daarnaast is er ook een aantal speciale poliklinieken als de pijnpolikliniek en de tropen polikliniek. Het heeft samenwerkingsverbanden met het

Erasmus MC, Sint Franciscus Gasthuis en Zorggroep Rijnmond (Kiesbeter.nl 2012; Havenziekenhuis 2012)

### 3.3 Onderzoeksopzet en analyse

Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek met documentanalyse en interviews met professionals en directie. Er is naar een calamiteit gezocht die gemeld is aan de Inspectie en waarover rapportages zijn geschreven. Op basis van die rapportages wordt gekeken wie er betrokken zijn bij de crisis en het analyseren hiervan. Zo wordt gekeken waar de oorzaak van deze calamiteiten ligt en welke oplossingen hiervoor worden gezocht. Op die manier kan gekeken worden hoe met deze crisis wordt omgegaan en hoe de frames gestalte krijgen. Op verschillende afdelingen worden interviews gehouden met betrokken medewerkers, zoals verpleegkundigen, afdelingsmanagers, kwaliteitsmanagers en zorgcoördinatoren. Daarnaast zal een interview worden gehouden met een lid of leden van de directie/RvB om zo een beeld te krijgen hoe er naar deze crisis wordt gekeken en hoe hier mee om is gegaan. Documenten die geraadpleegd zullen worden kunnen bestaan uit de melding, analyses van de crisis, beleidsnota's, jaarplannen en protocollen. Deze analyses van de crisis zullen samengevoegd worden om een integraal beeld van het proces te geven.

Het ziekenhuis zal worden benaderd om mee te doen aan het onderzoek. De wetenschappelijke literatuur die gebruikt is in het theoretisch kader is gezocht via PubMed en Google Scholar. Beleidsdocumenten, protocollen en jaarplannen zullen door het ziekenhuis worden verschaft. De gevonden data wordt gecodeerd en aan de hand daarvan worden frames vastgesteld. Daarnaast wordt een topiclijst samengesteld voor de semi-gestructureerde interviews die gehouden worden met medewerkers van het ziekenhuis. Ze worden opgenomen door middel van geluidsapparatuur. Er zal sprake zijn van face-to-face interviews. Deze worden gecodeerd en met elkaar vergeleken. Door het houden van deze interviews wordt gekeken welke aspecten van deze crisis belangrijk worden gevonden door de verschillende medewerkers van het ziekenhuis en hoe hier mee is omgegaan. Zo ook bijvoorbeeld wat voor metaforen worden gebruikt met betrekking tot 'naming', waar oorzaken worden gezocht (falen van een personeelslid of systeemfalen) en welke bijbehorende maatregelen worden genomen. Het hebben van een bepaald frame bepaalt in grote mate ook de maatregelen die genomen worden. Bepaalde thema's komen zo tevoorschijn en op basis hiervan worden de frames beschreven.

### 3.4 Geïnterviewden

De geïnterviewden zijn in overleg met de Directiesecretaris/Hoofd Kwaliteit en Veiligheid in het Havenziekenhuis geselecteerd. Deze personen waren nauw betrokken bij het incident en/of de afhandeling daarvan. Op één persoon na waren alle respondenten werkzaam in het

ziekenhuis op moment van het incident. Het Hoofd Communicatie en Marketing is een maand na het incident in het Havenziekenhuis komen werken. Er zijn 13 interviews gehouden. Deze zijn gehouden op verschillende afdelingen binnen het ziekenhuis. De geïnterviewden bestonden uit de Directeur, het Hoofd Communicatie en Marketing, het Hoofd Medisch ondersteunend zorgbedrijf, de Directiesecretaresse, Het Hoofd Kwaliteit en Veiligheid/Directiesecretaris, de destijds Voorzitter Vereniging Medische Staf, de Algemeen Manager en voorzitter regieteam operatieve processen, een Anesthesiemedewerker, de Teamleider OK, een Intensivist, een Uroloog/Lid Crisisteam en een IC-verpleegkundige. Tenslotte is de anesthesioloog die ten tijde van de crisis in het ziekenhuis werkte geïnterviewd.

### 3.5 Ethische Dilemma's

Bezwaren die zich in het onderzoek voor kunnen doen zijn vooral die met betrekking tot privacy, daarom zal deze ook zo goed mogelijk worden gewaarborgd door respondenten anoniem te vermelden. Ook zijn de uitspraken door de geïnterviewden pas vermeld na voorafgaande toestemming. Ook wordt er rekening gehouden met vertrouwelijke informatie en is vooraf hier toestemming voor gevraagd. Als er onduidelijkheden zijn met betrekking tot interpretatie van de gegeven informatie zal deze daarom ook geverifieerd worden.

### 3.6 Validiteit & Betrouwbaarheid

#### Validiteit

De interne validiteit in het onderzoek kan door middel van transparant en gecontroleerd te werk gaan zo hoog mogelijk gehouden worden. Triangulatie van databronnen kan de interne validiteit daarmee waarborgen (Boeije 2005). Door middel van interviews en het bestuderen van literatuur en documenten wordt dit gedaan, wat vervolgens bijdraagt aan datatriangulatie. Er wordt gekeken in hoeverre de data van de interviews overeenkomt met die van de beleidsdocumenten. De interviews worden vastgelegd door middel van een opnamerecorder en notities worden gemaakt op papier. Daarnaast wordt er tijdens een interview bij onduidelijkheden doorgevraagd en om opheldering gevraagd. Doordat de interviews zijn uitgetypt kunnen citaten gebruikt worden, wat de interne validiteit vergroot.

De mate van generaliseerbaarheid van het onderzoek is belangrijk voor de externe validiteit en kan verhoogd worden door kritisch te kijken naar het uitgevoerde onderzoek en de representativiteit hiervan. De sterke en zwakke kanten belichten draagt hier ook aan bij. Sociaal wenselijke antwoorden tijdens interviews kunnen de validiteit aantasten en daarbij ook de relatief kleine onderzoekspopulatie. Dit maakt de algemene generaliseerbaarheid niet groot. Om dit te voorkomen zal ten eerste worden doorgevraagd bij onduidelijkheden, maar ook rekening gehouden worden met de manier van vragen stellen. Door het interviewen van

verschillende functies binnen de instelling wordt wel een goed beeld gevormd van de algehele organisatie (Boeije 2005). Het onderzoek zou als vergelijkingsmateriaal kunnen dienen.

### Betrouwbaarheid

Door goed gestructureerd te werk te gaan bij de interviews wordt de consistentie van de werkwijze behouden en is dit van belang voor de interne betrouwbaarheid van het onderzoek. De begrippen en termen die gebruikt worden moeten consequent worden toegepast en moeten daarom de interviews zo authentiek mogelijk worden uitgetypt. Methodetriangulatie draagt bij aan de interne betrouwbaarheid. Dit door het gebruiken van interviews en documentatie. Het uitvoeren van het onderzoek door één persoon zorgt voor een betere consistentie dan wanneer meerdere onderzoekers dit zouden doen (Boeije 2005).

Voor de reproduceerbaarheid van het onderzoek hetgeen belangrijk is voor de externe betrouwbaarheid, is het van belang het onderzoek, de setting, omstandigheden en condities waarbinnen dit onderzoek is uitgevoerd goed te beschrijven. De methoden en analyses worden goed uitgelegd en verzamelde data goed opgeslagen. Een logboek wordt bijgehouden om de genomen stappen binnen het onderzoek te beschrijven (Boeije 2005).

### 3.7 Verwachte resultaat

Verwacht wordt dat door middel van framing verschillend gekeken wordt naar de crisis binnen de organisatie. Dit zal terug te vinden zijn in beleidsnota's, jaarverslagen en protocollen. Door framing zal ook het verloop van de crisis verschillend worden ingevuld en hier dus ook verschillend van worden geleerd, omdat de uitkomst anders is. Zo zal het hebben van een bepaald frame ook een bepaald soort leertraject hebben ten opzichte van een ander frame, doordat er verschillende keuzes en maatregelen worden genomen en dit ook leidt tot andere uitkomsten.

#### **4. Resultaten**

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. Eerst wordt beschreven hoe de crisis door de directie en betrokken medewerkers binnen de instelling is geframed en hoe deze ontstaan is binnen de frames. In de tweede paragraaf wordt de omgang, getroffen maatregelen en communicatie met betrekking tot de crisis beschreven. In de derde paragraaf wordt de analyse van de crisis die het Havenziekenhuis heeft uitgevoerd beschreven. De ondernomen acties na uitkomsten van het onderzoek en de leermomenten staan beschreven in paragraaf vier en tenslotte in paragraaf vijf staan de processen van framing centraal.

##### **4.1 Framen van de crisis in het Havenziekenhuis en het ontstaan binnen de frames**

In deze paragraaf wordt een schets gegeven van de ontstane crisis in het Havenziekenhuis in 2008. Er wordt een inleidend stukje gegeven over het ontstaan van het incident in het Havenziekenhuis uit het boekje 'Onder Zeil'. Daarna wordt beschreven hoe het incident is ontstaan door de ogen van de directie en het personeel. Ten slotte wordt een conclusie gegeven.

##### Ontstaan van het incident - Het boek 'Onder Zeil'

Eind september 2008 worden in het Havenziekenhuis in Rotterdam zeven patiënten ziek na een relatief eenvoudige ingreep. Van één patiënt is de toestand wekenlang kritiek. Jan Klein, destijds anesthesist in het Havenziekenhuis, houdt zich al geruime tijd bezig met patiëntveiligheid. Hij pleit voor standaardprocedures die het werken in ziekenhuizen veiliger moet maken en probeert daarnaast een culturomslag te bereiken. Deze openheid loont en de cultuur rondom medische fouten is aan het openbreken. Het boek 'Onder Zeil' van journalist Matthijs Buikema reconstrueert het incident en vertelt hoe dit kon gebeuren en wat de impact van deze fout is geweest voor de betrokkenen (Buikema 2011). Bijna elke respondent die in het kader van deze scriptie is geïnterviewd vertelde dat hoe het in het boek werd beschreven dit ook de manier was waarop het was gegaan. Dit was de 'waarheid' (Directeur; Uroloog; Directiesecretaresse; Voorzitter Medische Staf; Anesthesiemedewerker; Medisch coördinator anesthesiologie<sup>1</sup>). Het Hoofd Kwaliteit & Veiligheid, Hoofd Medisch Ondersteunend Zorgbedrijf en de Algemeen Manager geven aan dat het misschien iets geromantiseerd is, maar dat het niet ver van de werkelijkheid zal zitten.

---

<sup>1</sup> Verwijzingen naar een functie verwijzen altijd naar een interview met de desbetreffende functionaris.

### Het ontstaan van het incident - De directie

Toen de anesthesist de directeur opbelde wist hij meteen dat het niet goed zat en dat hij geen risico's moest nemen. De directeur heeft vooral gehandeld vanuit hetgeen hij geleerd heeft tijdens zijn opleiding Bedrijfskunde.

"[...] wat mijn opleider altijd tegen mij zei, kun je het vanavond uitleggen in NOVA, dat is wel een mooie vind ik [...] het betekent dat je alle patiëntprocessen stopt en wat ik dan altijd doe, is bellen met mijn medisch stafbestuur [...] daar overleg je dat mee. En dus op dat moment hebben we besloten om te stoppen. [...] in de bedrijven is het natuurlijk zo, als je twijfelt over de productie, dan stop je. Dan ga je niet door. En in bedrijven heb je dan goede tracking en tracing, om terug te halen wat eruit gegaan is. Dus dat hebben we hier onmiddellijk ook gedaan, dus gewoon stoppen had ik ook met mijn Bedrijfskundestudie bij Douwe Egberts wel geleerd. [...] eigenlijk gelijk terughalen, wat we de afgelopen dagen gedaan hebben, en niets weggooien. Je zit er vrij, toch wel met grote betrokkenheid, maar toch vrij rationeel in. Dus gewoon de deur dicht, op slot, afsluiten, geen afval weggooien, want ik dacht ook gelijk, het kan van alles zijn" (Directeur).

De directeur gaf aan dat hij alles langs liet komen met betrekking tot de oorzaak, van luchtbehandeling tot aan sabotage. De voorzitter medische staf gaf dit ook aan. Er is mede door de anesthesioloog zo objectief als mogelijk is naar het incident gekeken. "We hebben alles overwogen, sabotage, terroristen, waterverontreiniging, luchtverontreiniging, rioolverontreiniging, alle vloeistoffen" (Voorzitter Medische Staf). De vermoedens van gecontamineerde propofol waren er echter al snel. Er was ook bezorgdheid over de ontwikkeling van de patiënten die er mee te maken hadden en had het ziekenhuis vervolgens veelvuldig contact met deze patiënten.

In 2000 is overgegaan van 20ml naar 100ml ampullen ter kostenbesparing en de vraag is of dit een bewuste afweging is geweest van kosten tegen risico's. Destijds is hier geen risico-inventarisatie van gemaakt. De directeur geeft aan dat veiligheid ook zijn prijs kent en de norm gewoon de landelijke norm is (Directeur). Niemand in het ziekenhuis heeft aangegeven dat één flesje maar voor één patiënt gebruikt mag worden. Niemand in het ziekenhuis hield bij hoe lang het flesje openstond en of er een nieuwe opzuignaald werd gebruikt. Daarnaast was er geen dubbelcheck of de dag met een nieuw flesje werd begonnen. Deze werkwijze werd volgens een anesthesioloog in 30% van de ziekenhuizen in Nederland gehanteerd. De directeur geeft aan dat hij zich niet achter het feit wil verschuilen dat ook andere ziekenhuizen op deze manier werken en vindt dat ze zelf beter op hadden moeten letten (Directeur; Buikema 2011).

Het Hoofd Kwaliteit & Veiligheid geeft aan dat de mensen zich mogelijk onvoldoende bewust waren van de risico's die het opleverde en dat het daarom niet gewogen werd. "Er heeft vast wel in de bijsluiters iets gestaan.[...] Als ik mij goed heb laten informeren is het zo dat de werkwijze met propofol op een bepaald moment veranderd is" (Hoofd Kwaliteit & Veiligheid). Deze verandering, het gebruik van grotere verpakking waardoor één ampul bij meerdere patiënten kon worden gebruikt is toen niet als mogelijk risico benoemd. Zolang de zaken goed gaan, zien mensen het niet als een risico, totdat er iets fout gaat. Wat in deze crisis verder bijzonder was dat we toevallig in een overgang zaten voor de medische microbioloog. Midden in de crisis vond deze wissel plaats. Overigens is dit door het nieuwe team uitstekend opgepakt (Hoofd Kwaliteit & Veiligheid).

Volgens de Algemeen Manager is de calamiteit ontstaan uit een vorm van routine die in de werkwijze ingeslopen is. Mede ook door de wisseling van de wacht van de anesthesiologen en tijdsdruk om meer te produceren. Ook onzorgvuldigheid en onervarenheid met het omgaan van bijsluiters en medicatie kan een rol kan hebben gespeeld en ook onvoldoende bewaking van de apotheker zelf. "Dan heb je ongeveer het hele scala aan zaken die mis kunnen gaan, wat wij dan noemen het Swiss Cheese Model. Al die plakjes achter elkaar en die gaatjes vallen dan op een gegeven moment in een keer achter elkaar. Dan heb je het incident te pakken" (Algemeen Manager). Het Swiss Cheese Model verwijst naar het veiligheidsdenken van Reason (1997) en zijn versie van systeemdenken. Reason (1997) geeft aan dat door een combinatie van omstandigheden alle barrières achter elkaar doorbroken worden en een incident ontstaat.

De directeur gaf aan dat het Havenziekenhuis eerder met incidenten te maken heeft gehad, alleen waren deze kleinschaliger en niet van zulke grote aard. In die gevallen werd dan altijd even een time-out genomen van ongeveer een dag, waarin te nemen stappen werden besproken en maatregelen werden genomen. Nog niet eerder had dit zoveel impact op anderen. Als er bijvoorbeeld een probleem is met noodstroom, mogelijk disfunctioneren of twijfels over asbestverontreiniging, overleggen de leiders van de organisatie met elkaar over wat er aan de hand is. Ieders mening wordt gevraagd en daarna bepalen ze de koers. Men was dit wel gewend, alleen de heftigheid was nooit zo groot (Directeur).

#### Het ontstaan van het incident – Het Personeel

Het afdelingshoofd van de Anesthesiologie in het Havenziekenhuis hield zich ten tijde van het incident bezig met een aantal andere veiligheidszaken en werkte parttime. De kleinschaligheid van het Havenziekenhuis was voor hem een prettige werkomgeving, met teams waarin je direct aangesproken werd. Daarnaast hing er een informele sfeer (Medisch coördinator anesthesiologie).



“Ik probeerde in de OK te komen, maar er zit een cijferslot op de deur en ik probeerde dat twee keer. Ik dacht het nummer te weten, maar ik wist het niet meer en er stond een hoogblonde dame achter mij. Die tikte mij op de schouders en zei tegen mij: ‘Hé doc, ik leg je het nog één keer uit en als je het dan niet weet dan kom je er nooit meer in’. Nou dat is ook illustratief voor het feit dat iemand daar zo mee omgaat en dat is heel prettig” (Medisch coördinator anesthesiologie).

Deze informele sfeer heeft er mede voor gezorgd dat er ten tijde van het incident mensen werden gebeld, om raad werden gevraagd, om zo te achterhalen wat er aan de hand was.

De geïnterviewde personen zijn, met uitzondering van het Hoofd Communicatie en Marketing, het Hoofd Kwaliteit & Veiligheid en de IC-Verpleegkundige, nauw betrokken geweest bij het incident en de afhandeling daarvan. Zo zaten onder andere de Intensivist, de Medisch coördinator anesthesiologie en de Uroloog in het regieteam samen met de directeur. De Medisch coördinator anesthesiologie vertelt het incident tot in detail en geeft aan dat het heel veel impact op hem heeft gehad. “Als er iemand dood gaat of allemaal dood gaan, dan is dat het einde van het ziekenhuis en mijn carrière” (Medisch coördinator anesthesiologie). Ook vertelt hij over zijn twijfels en de acties die hij daarop meteen heeft genomen. Het vermoeden van een besmet anesthesiemiddel was er al heel snel, want er was wel kennis van het feit dat het middel opgelost is in vetten. Het Afdelingshoofd belde de hoofdverpleegkundige en gaf aan dat de omgang met het middel zo was dat het niet besmet kon raken. Die avond was besloten om de middelen die overdag over waren ’s avonds naar de spoed OK te brengen. Aan het einde van de dag zou alles weggegooid worden en zouden ze in ieder geval ’s ochtends met een nieuwe flacon beginnen. Dit is niet gebeurd. “Die anesthesiemedewerker snapt het nog steeds niet, die was er absoluut zeker van dat er een nieuw flesje ’s ochtends gepakt was, maar dat kan niet anders, dat moet een flesje zijn geweest dat daar langer heeft gestaan. [...] Daarnaast is de opzuignaald van het ene naar het andere flesje gezet” (Medisch coördinator anesthesiologie).

Er zijn meteen regieteams opgezet en is ter plekke een draaiboek gemaakt, want dat was er voorheen niet (Medisch coördinator anesthesiologie). Iedereen van het personeel heeft wel op een of andere manier geholpen bij de afhandeling. Een IC Verpleegkundige gaf aan dat zij als verpleegkundigen heel veel hebben uitgevoerd. Ze hebben alles geregeld qua overdracht, communicatie naar het ontvangende ziekenhuis en richting de patiënt, al het papierwerk, ambulances regelen etc. Er werd niet vooraf heel duidelijk gemaakt wat hun taak was, maar dit pakten ze zelf op, ze ‘rolden’ er in. Ze waren zo op elkaar afgestemd dat de taken vanzelf werden verdeeld (IC Verpleegkundige). De Voorzitter Medische Staf vertelde dat de focus eerst lag bij het opvangen en behandelen van de patiënten, daarna op wat de oorzaak was en hoe dit te behandelen. “Daarna: ‘Wat vertel je tegen de mensen?’ en

voortdurend in iedere bespreking bespreken hoe het met de zieke patiënten is etc” (Voorzitter Medische Staf).

De anesthesiemedewerker vertelt dat er na het incident een nieuw voorschrift was gekomen voor het klaarmaken van propofol. Het was al duidelijk hoe je het moest doen, iedereen wist dit, maar niemand deed dit. “Het is er meer ingeslopen, tot het een keer fout gaat, maar dan heeft het niks met klaarmaken van het medicament te maken, maar heeft het gewoon ergens anders mee te maken, met routine” (Anesthesiemedewerker). Volgens de anesthesiemedewerker had het iedereen kunnen gebeuren en kun je geen schuldige aanwijzen. Het was het verplaatsen van het middel A naar B en dit is toen besmet geraakt en in de patiënt terechtgekomen (Anesthesiemedewerker).

Een Intensivist geeft aan dat ook zij de gevaren van propofol wist, maar zelf niet op de OK gewerkt had en daarom geen inzicht had hoe met propofol om werd gegaan.

“Ik wist wel de gevaren en denk wel dat daar niet op de juiste manier met propofol was omgegaan” (Intensivist). “Ik weet dat anesthesisten die bij ons hebben waargenomen, die zo’n gevaarlijk medicijn zelf optrekken en niet delegeren aan een anesthesiemedewerker als zij niet weten of diegene voldoende opleiding heeft of voldoende op de hoogte is. Je bent toch zelf eindverantwoordelijk. Ik vraag mij soms dan wel af hoe het zo kon gebeuren” (Intensivist).

Het incident had veel impact op het personeel. Tijdens en na het incident is veel gesproken over onder andere het verloop (IC Verpleegkundige). “Het is vreselijk. Je kunt niet iedere ramp voorblijven. Je doet gevaarlijke dingen, maar je moet altijd blijven kijken of het anders kan. Je wordt weer even bescheiden als zoiets gebeurt. Het wordt er dan ingewreven” (Uroloog).

Het maakte niet alleen indruk op het personeel, maar ook op de organisatie. Niet alleen de direct betrokken afdelingen, maar ook de afdelingen daaromheen waren erg onder de indruk (Hoofd Communicatie en Marketing). De professionele ernst van het incident is niet onderschat en werd er extra energie in gestoken (Uroloog). Communicatie was daarbij een belangrijk onderdeel van de crisisbeheersing. “Van crisisbeheersing, want we noemden het regieteam, maar het was natuurlijk gewoon crisis” (Hoofd Communicatie en Marketing).

#### 4.1.1 Conclusie

Om inzicht te krijgen hoe betekenis aan het incident wordt gegeven volgt een analyse van de frames van de betrokkenen over het incident. Er wordt een frame voor de directie en een frame voor het personeel beschreven. Bij het construeren van een frame gaat het over het definiëren van het probleem, een oorzaak zoeken, een oordeel vellen en ten slotte een

oplossing zoeken. Fairhurst & Sarr (1996) geven aan dat framing uit drie elementen bestaat, te weten uit taal, gedachten en voorzorg. De opleiding van de directeur bepaalt ook een groot deel hoe de crisis wordt aangepakt en hoe deze gecommuniceerd en afgehandeld wordt. De directeur geeft aan het liever over een incident te hebben dan over een crisis, wat aangeeft dat het propofol incident niet de lading heeft van wat hij ziet als crisis. Hoe we iets noemen bepaalt namelijk voor een groot deel hoe we iets zien. Met betrekking tot framing ziet de directie het incident vooral vanuit een frame van het waarborgen van veiligheid, en dan met name patiëntveiligheid. Openheid en het nemen van verantwoordelijkheid zijn daarbij erg belangrijk. Dit zien we ook terug in de kernwaarden van het ziekenhuis, waar kwaliteit, veiligheid en samenwerking een rode draad vormen (zie bijlage 1).

Door de directie wordt de oorzaak gezocht in het invoeren van de grote ampullen, waardoor de propofol besmet raakte, omdat het grote ampul gebruikt werd voor meerdere patiënten. Het ging om een routine die er ingeslopen is. Daarnaast spelen tijdsdruk en wisseling van de wacht van de anesthesiologen een rol. Ook wordt onervarenheid en onzorgvuldigheid van de apotheker en betrokken personeel met het omgaan van bijsluiters en medicatie genoemd.

Schön & Rein (1994) hebben het over 'retorische frames' en 'actie frames'. Het retorische frame in deze situatie kan gezien worden als veiligheidsdenken. Het bijbehorende actieframe is dat alles op alles wordt gezet om de situatie onder controle te krijgen en zo min mogelijk schade aan te richten aan de getroffen patiënten. Vanuit de directie wordt verantwoordelijkheid genomen voor het incident, het proces wordt stilgelegd en er wordt naar een oorzaak gezocht. Gekozen wordt om de OK's te sluiten, waardoor inkomsten gemist worden, maar de veiligheid en behandeling van de patiënten wordt belangrijker geacht. Er wordt wel aan geld gedacht, want er wordt aangegeven dat veiligheid geld kost.

Daarnaast wordt gekeken of het om een systeemfout gaat of om een menselijke fout. Bij de directie worden alle opties opgehouden, totdat de oorzaak bekend is. Dit betekent dat er vanuit een frame wordt gekeken, waarbij vanuit wordt gegaan dat er niet direct een schuldige wordt aangewezen, maar waar de fout in het systeem zit. Volgens de directie waren werknemers voor het incident nog onvoldoende bewust van bepaalde risico's, omdat ze al jaren zo werkten. Het was routine die ergens ingeslopen is en tevens onzorgvuldigheid en onervarenheid. Ook was er tijdsdruk om meer te produceren en wisseling van de wacht van de anesthesiologen. Het was niet bewust bekend dat het overwogen werd als risico. Er is ook geen risico-inventarisatie gemaakt om de grotere ampullen in te voeren. Daarnaast kan een oorzaak zijn dat het ziekenhuis te maken had met de professionalisering, waarbij professionals continu een reflectie geven op het eigen handelen in relatie tot de ander en de kwaliteit en het handelen proberen te verbeteren. Er was ook een moment dat ze afscheid namen van een arts microbioloog, waardoor misschien minder gesproken werd over deze

kwestie en de nadruk op dat moment minder bij dit vakgebied lag. Het ging om een aantal gebeurtenissen achter elkaar, die zorgden voor een incident. Dit kan een complicerende factor zijn van de crisisafhandeling.

Als gekeken wordt naar het perspectief gezien vanuit de actoren in het primaire proces, zien we dat daar ook een sterke focus ligt op het eerst zo goed mogelijk behandelen van patiënten. De focus ligt hier vooral op de patiëntveiligheid en kan gezien worden als het bijbehorende retorische frame. Het is een frame wat inkadert wat er al is gebeurd en refereren naar een brede interpretatie van de omgang van de patiënten. Pas later wordt gekeken naar wat er precies aan de hand was. Het bijbehorende actie frame kan gezien worden als een sterke focus van het inlichten van patiënten en te vertellen wat er aan de hand was en het behandelen van de getroffen patiënten. Hier was dus ook sprake van openheid. Ook geeft het personeel aan dat er sprake was van routine en dat het iedereen had kunnen overkomen. Ze geven ook niet direct een persoon de schuld en zien ze het ook als routine die er ingeslopen is. De intensivist geeft aan dat zij zich afvraagt hoe het heeft kunnen gebeuren dat deze persoon deze fout heeft kunnen maken. Er zit hier kennelijk nog een frame, waar de oorzaak gelegd wordt bij individueel falen. De meeste geïnterviewde professionals proberen zo objectief mogelijk naar het incident te kijken, maar blijkt het lastig te zijn om de vraag naar het individueel falen daarvan los te koppelen. Er bestaat namelijk geen andere manier om te kijken naar een verschijnsel dan vanuit een frame, dus bestaat er niet zoiets als 'objectief' kijken. De actoren uit het primaire proces hebben het vaker over een crisis en niet over een incident. Het lijkt alsof zij het incident heftiger meemaakten en het op hen een grotere impact had dan bij de directie. Hoe we iets noemen bepaalt voor een groot deel we iets zien en andersom en daarbij welke acties wel of niet worden genomen.

#### **4.2 Omgang, getroffen maatregelen en communicatie met betrekking tot de crisis**

In deze paragraaf wordt de omgang, getroffen maatregelen en de communicatie met betrekking tot de crisis beschreven. Als eerste wordt een beschrijving gegeven over hoe de directie en het personeel er op het moment van de crisis mee om is gegaan. Vervolgens wordt ingegaan op de reputatie en de aanpak van de directeur en de kleinschaligheid van het Havenziekenhuis. Dan worden de verhoudingen van het management/personeel in het heden beschreven en de omgang met veiligheid en vervolgens wordt een conclusie gegeven.

##### Toen: De directie

De directeur wil het zekere voor het onzekere nemen en sluit meteen de operatiekamers en houdt alle opties open. Er wordt crisioverleg gepleegd en onderzoekscommissies worden ingesteld, zowel intern als extern. Extern op advies van de voorzitter van Raad van Commissarissen. Door externe partijen mee te laten kijken kan tunnelvisie worden voorkomen maar bovendien wordt daar van buitenaf meestal toch ook op aangedrongen. Tijdens crisisberaad wordt er een logboek bijgehouden, zodat er een overzicht is van wat er is gezegd en wat er gedaan moet worden. Meteen brengt de directeur de Inspectie voor de Gezondheidszorg op de hoogte en blijft deze op de hoogte houden met betrekking tot het verloop en zaken rondom het incident. Het crisisteam, bestaande uit dertien personen, wordt op een gegeven moment uitgedund, zodat er sneller beslissingen genomen kunnen worden. Zij stellen een regieteam op van acht personen dat ook verschillende genomen acties moet delegeren. Er worden meteen feiten verzameld en tijdsbalken gemaakt om uit te vinden wat er fout is gegaan, waarna een omgevingsonderzoek wordt ingesteld (Buikema 2011).

Een werkgroep wordt samengesteld die geplande operaties uitstelt of verplaatst naar omliggende ziekenhuizen en een werkgroep die zich bezighoudt met de veilige start van de operatieafdeling. Alle protocollen, afspraken, materialen en apparatuur worden opnieuw onder de loep genomen (Buikema 2011). Bepaalde afspraken en werkwijzen stonden niet goed op papier en als er niets op papier staat kunnen nieuwe medewerkers deze verkeerde werkwijze overnemen met alle risico's van dien (Buikema 2011). Daarnaast wordt een persvoorlichter bij het crisisberaad gevoegd en adviseert hij om zo snel mogelijk openheid van zaken te geven. Dit werd meteen gedaan nadat bekend was hoe groot het probleem was.

“Transparantie werd heel belangrijk gevonden. Het was wel gewoon duidelijk dat het ernstig was en dat er iets aan de hand moest zijn. En dan is het gewoon belangrijk dat alle doelgroepen daarvan op de hoogte zijn [...] Niks onder de pet houden, niet wachten, anders gaan dingen zelf naar buiten en gaan ze een eigen leven leiden. Je

wilt daarnaast de regie houden op de communicatie en zelf bepalen wat je naar buiten toe gaat vertellen” (Hoofd Communicatie en Marketing).

Samen met het Erasmus MC wordt besloten zo snel mogelijk de media in te lichten over de sluiting van de operatieafdeling, ook als er nog geen duidelijkheid is. De openheid over het incident heeft het ziekenhuis vanaf het begin af aan geholpen. Geen één keer is gedacht “Dit moeten we maar niet naar buiten brengen”. Wel zijn ze extreem voorzichtig geweest in de persberichten. Dat er niet teveel, maar ook niet te weinig wordt gezegd (Directeur). Alle geïnterviewden vonden dit een goede zaak, dat er op deze manier en zo snel naar buiten is getreden. Daarnaast werd het personeel ingelicht en werden aanwijzingen gegeven op A4'tjes om niet met de media te praten, maar ze meteen door te verwijzen naar de afdeling communicatie (Buikema 2011).

Er is veel aandacht aan de getroffen patiënten gegeven en deze zijn op een speciale manier behandeld. Er was een apart programma voor de patiënten, de nazorg, waar onder andere extra controle van deze patiënten was en zowel telefonisch als schriftelijk veel gecommuniceerd is met de getroffen (Hoofd Communicatie en Marketing). Zo doet de directeur er alles aan om de getroffen patiënten zo goed mogelijk te helpen. Hij schakelt de aansprakelijkheidsverzekeraar MediRisk in om de zaken af te handelen als patiënten een claim in willen dienen. Hij vindt dat de patiënten het verdienen alle medewerking te krijgen bij het bepalen van een schadevergoeding, doordat iets in het Havenziekenhuis ze ziek maakte. Ook wordt de zwaarst getroffen patiënt bezocht door de directeur, anesthesioloog en arts en wordt familie op de hoogte gehouden over ontwikkelingen m.b.t. het onderzoek (Buikema 2011).

Een A4'tje met daarop aangegeven wat er gebeurd is was gemaakt. Alle patiënten in het Havenziekenhuis worden persoonlijk op de hoogte gebracht (Buikema 2011). “Er gingen mensen langs de afdelingen, de zogenaamde dorpsomroepers” (Uroloog). Er is een keer een fout gemaakt met betrekking tot communicatie naar de patiënt. Deze is toen meteen rechtgezet (Voorzitter Medische Staf). “Voor de patiënten was het zo, dat eigenlijk alle patiënten die we het uitlegden, die wilde gewoon blijven en hier geholpen worden” (Directeur). Volgens de directeur komt vertrouwen te voet en gaat te paard. Er waren na de uitleg geen huisartsen of patiënten die afspraken of iets dergelijks hebben afgezegd. Net als in de auto-industrie zijn mensen er best aan gewend dat een firma op een gegeven moment zegt ‘het was niet goed, we halen het terug’ of ‘we stoppen het tijdelijk’. De directeur geeft aan dat als er weet van is dat iets niet deugdelijk is, er niet mee door kan worden gegaan. Als je weet hebt van een slecht type heup moet je daar mee stoppen (Directeur).

De directeur besluit om alle patiënten die teruggeroepen zijn een bedankbrief te sturen en daarin wordt verteld hoe de klachtenprocedure werkt en wordt uitgelegd dat het

Havenziekenhuis zijn medewerking verleent bij de eventuele procedure. Daarnaast wil hij expliciet naar buiten brengen dat het incident een procedure fout is geweest en niet een persoonlijke fout van één medewerker. Het had iedereen kunnen overkomen (Directeur). Het Hoofd Medisch Ondersteunend Zorgbedrijf geeft ook aan dat het ieder ziekenhuis had kunnen overkomen.

#### Toen: Het personeel

Er zijn bijna tweehonderd medewerkers die maandagochtend. Bij normale activiteiten lukt het nooit om zoveel mensen bij elkaar te krijgen. “Het mooie wat ik me ervan herinner is dat iedereen samenwerkte. Het was zondag en iedereen zat hier gewoon” (Directiesecretaresse). Na de uitleg komen de mensen allemaal in actie om de problemen zo snel mogelijk op te lossen en is er vooral veel support. Reacties over de sluiting van de operatiekamers verschillen onder de medewerkers. Sommigen vinden het een te rigoureuze maatregel en zien het als een incident en niet als een structurele fout. Sommige stellen voor om de operatieafdeling af te breken en opnieuw te bouwen (Buikema 2011).

De stemming bij het OK personeel was bedrukt en het incident heeft er bij een aantal mensen flink ingehakt. Volgens de directeur moet er meer vertrouwen komen, ook in elkaar. Voorgesteld wordt om bijeenkomsten te organiseren met de medisch maatschappelijk werker. Zo kan het personeel zijn hart luchten indien gewenst.

“In het begin is er veel aandacht besteed, los van de standaardcommunicatie, aan het op de hoogte houden van mensen door gebruik van het Havennet, nieuwsbrief en de mail” (Hoofd Communicatie en Marketing). Het OK personeel is na het incident gebleven. Volgens de directeur is hier ook veel aan gedaan. Zo zijn bijvoorbeeld ‘knuffelsessies’ gehouden (Directeur). In deze sessies werd ruimte voor het personeel gecreëerd om de emotionele impact van gebeurtenis te kunnen verwerken. Daarnaast werd door de IGZ aangeraden om de OK-medewerkers actief te betrekken bij de herstart van de operatieafdeling (Buikema 2011). De Teamleidster van de OK gaat vooral in op de veranderingen die getroffen zijn met betrekking tot de omgang met Propofol. Toen het nieuwe protocol gekomen was zijn de medewerkers hiervan op de hoogte gesteld, via mailverkeer, Havennet, thuisbrieven, werkoverleg, instructies etc (Teamleidster OK). Daarnaast is al het personeel getraind op de werkwijze en moest dit afgetekend worden. “Dat je die protocollen kende en dat je zo zou werken, zodat ik ook naar buiten goed kon uitleggen dat wij goed beslagen weer ten ijs gingen” (Directeur).

### Toen: Reputatie Havenziekenhuis/Aanpak directeur

De aanpak van de directeur komt vooral af vanuit zijn bedrijfskundige achtergrond en werkervaring bij Douwe Egberts. Hij heeft geprobeerd de situatie als een bestuurder aan te pakken.

“Wat je moet doen, als er een incident is, stop het, zoek uit wat er aan de hand is en wees er heel eerlijk over naar de patiënten zelf. Ook patiënten die in huis opgenomen zijn, dat ze het niet via de tv horen allemaal. Naar de huisartsen, naar je verzekeraars, naar je cliëntenraad, naar je ondernemingsraad, naar je Raad van Commissarissen, naar de Inspectie etc. Je belt je helemaal plat in de auto naar huis, om iedereen kort even te biefen. En dat wat in mijn ogen eigenlijk telt [...] dan moet je ook echt bestuurder zijn. En dan moet je tegen die ene dokter die zegt, ‘nou, misschien valt allemaal wel mee’, zeggen nou het valt niet mee. Maar tegen die ander die zegt, ‘moeten we niet eerst een heel nieuw ziekenhuis bouwen’, zeggen, nee, want we hebben hier al 20 jaar zo gewerkt” (Directeur).

Eerlijkheid, duidelijkheid en openheid richting alle betrokken partijen en de borging van de veiligheid van de patiënt spelen hier wederom een belangrijke factor. Het Hoofd Medisch Ondersteunend Zorgbedrijf geeft aan dat de aanpak van de directeur een voorbeeld voor Nederland is hoe hier mee om te gaan. “Transparantie, openheid en betrokkenheid is de enige juiste manier waardoor je begrip kan krijgen voor elkaar. Ook de slachtoffers kunnen dan zien dat je er alles aan hebt gedaan. Ik vind dat het Havenziekenhuis dat goed heeft gedaan” (Hoofd Medisch Ondersteunend Zorgbedrijf).

De aanpak van de directeur wordt door verschillende medewerkers geprezen (Hoofd Kwaliteit & Veiligheid; Directiesecretaresse; Teamleidster OK; Uroloog; Voorzitter Medische Staf). “Hij is altijd proactief en open geweest, hij is een communicator” (Hoofd Kwaliteit & Veiligheid). De Uroloog vindt de kracht van de directeur dat hij hand in hand met artsen beslissingen neemt. Belangrijk is dat er veel openheid is, want dan durf je ook dingen te vertellen. “We kregen hier veel steun over, dat is wel inspirerend. Eerlijkheid duurt het langst zegt hij altijd, dit blijkt maar weer zo” (Uroloog). De Teamleidster van de OK gelooft ook in eerlijkheid en openheid en geeft aan dat dit de kracht is van de directeur die het allemaal heeft opgegooid. Mensen maken fouten en hier kan beter open en eerlijk over gedaan worden (Teamleidster OK).

Dat er niemand is doodgegaan heeft er volgens het hoofd Kwaliteit & Veiligheid echter voor gezorgd dat het ziekenhuis de kans kreeg problemen succesvol aan te pakken. “Ik denk dat we mazzel hebben gehad dat er niemand dood gegaan is (Hoofd Kwaliteit & Veiligheid). De vraag is of alleen openheid voldoende is als de gevolgen ernstiger zijn.



De directeur zelf geeft ook aan blij te zijn met de reacties van het personeel tijdens de gebeurtenis en de steun die hij kreeg. Ze waren het eens met het beleid dat hij voerde. Doordat er even geen operaties werden uitgevoerd, kwam er vrij snel druk op de situatie.

“[...] sommigen zeggen ja, die OK die deugt hier ook al jaren niet en die moet je eerst helemaal eerst slopen en een nieuwe bouwen. [...] anderen zeggen, nee, we werken hier al 20 jaar, er is nog nooit wat gebeurd. Waar hebben we het over, laten we gewoon morgen weer aan het werk gaan. Dus die beide kampen komen voor.”  
(Directeur).

De Voorzitter Medische Staf vindt het een goede zaak dat er zo is gehandeld. “Ik ben ervan overtuigd, maximale openheid en maximale schulderkenning, meteen, tegen alle patiënten. Het is de schuld van het ziekenhuis [...] Het ligt ook aan de figuur en je kan het met zijn allen steunen als iemand zo begint, dan krijg je wel een soort vleugels met zijn allen” (Voorzitter Medische Staf).

Naast openheid, eerlijkheid, het nemen van verantwoordelijkheid, schulderkenning en borging van de patiëntveiligheid vindt de directeur het vasthouden van het imago van de instelling voor de patiënt erg belangrijk. De financiële consequenties waren op dat moment niet leidend. Vanuit de industrie is imago veel belangrijker dan korte termijnwinst van even doorgaan en is het belangrijk om overzicht te hebben (Directeur). Er werd in het begin twee keer op een dag vergaderd. De directeur gaf een duidelijke visie hoe bijvoorbeeld naar buiten te treden. “Dat heeft hij dan ook heel strikt aangepakt hè. Hoe gaat hij dan naar binnen communiceren, hoe gaat hij naar buiten communiceren. Dat heeft hij wel heel goed opgepikt. En volgens mij was dat dan ook een goed voordeel voor het Havenziekenhuis om de imagoschade zo klein als mogelijk te houden” (Intensivist).

Met het stopzetten van het proces worden ook die inkomsten stopgezet, maar op de lange termijn zullen doordat het imago niet of nauwelijks is aangetast deze inkomsten weer binnenkomen. “We hebben korte schade gehad, financiële, maar uiteindelijk hebben we wel gewoon de patiënten gehouden die we vroeger ook hadden of zelfs meer. Dit is niet achteruit gegaan wat wij kunnen meten” (Voorzitter Medische Staf).

#### Kleinschaligheid van het Havenziekenhuis

Naast de informele gang van zaken en de betrokkenheid, kan ook de kleinschaligheid van het ziekenhuis een rol hebben gespeeld bij de afhandeling van het incident en het niet escaleren daarvan. Het Havenziekenhuis is een van de kleinste ziekenhuizen in Nederland. Zo pleit de Algemeen Manager voor niet te grote ziekenhuizen, ondanks dat dit financieel niet haalbaar is. Een voordeel is namelijk dat een kleinschalig ziekenhuis snel betrokkenheid

heeft. De grootschaligheid van een ziekenhuis kent een aantal blinde vlekken, die het Havenziekenhuis ook had, maar doordat het zo klein is valt het sneller op. “Als je 26 OK’s hebt, waarbij op één OK dit incident gebeurt, dan zou het zomaar kunnen dat het niet zichtbaar was geworden” (Algemeen Manager). De Intensivist geeft ook aan dat een klein ziekenhuis als voordeel heeft dat zaken sneller opvallen.

“Ik denk dat in een groter ziekenhuis dan had je waarschijnlijk wel een klein gedeelte alleen besmetting gehad, want dan worden er maar drie á vier patiënten ziek, maar is de relatie moeilijker te leggen. Nu is het snel herkend. En je hebt in een groot ziekenhuis natuurlijk verschillende IC afdelingen met verschillende anesthesisten” (Intensivist).

Daarnaast heeft het ziekenhuis mede door zijn kleinschaligheid een open en informele sfeer en cultuur.

“Ik moet toch zeggen dat ik blij ben geweest dat het hier in het Havenziekenhuis is geweest, omdat ik natuurlijk ook incidenten anders heb meegemaakt, waar in principe nooit zo open over wordt gesproken en gecommuniceerd. En waar dan de kwaliteit en veiligheid niet op basis van een incident gaat veranderen. En dat je daar dan toch zo bovenop zit en toch heel transparant mee omgaat dat is wel heel goed. Die cultuur ken ik niet zo goed” (Intensivist).

Binnen deze context kan de kleinschaligheid met de daarmee gepaarde informele sfeer en cultuur ervoor gezorgd hebben dat er meteen actie kon worden ondernomen. Daarnaast dat de medewerkers betrokken waren bij onder andere de afhandeling van het incident.

#### Nu: Verhoudingen management/personeel

Volgens de Directeur heeft het incident geen consequenties gehad voor de verhoudingen van managers en professionals en is deze juist alleen maar beter geworden. Het personeel stond met 1000% achter hem en dat gaf een goed gevoel. “[...] dat is natuurlijk ook de emotie van dat moment, maar zo heb ik het wel gevoeld. [...] Je moet eerlijk durven delen, ook twijfels” (Directeur). Daarnaast is het goed om iemand naast je te hebben die het ook hartgrondig met je eens is. “[...] dat is in ziekenhuizen wel eens anders dat de medische staf en de bestuurder niet op een lijn zitten” (Directeur).

Het Hoofd Medisch Ondersteunend Zorgbedrijf geeft ook aan dat de verhouding goed is en dat er respect voor elkaar is.

“Soms moet je gewoon maatregelen nemen en maak je afspraken en daar moet je je gewoon aan houden. Als je hier komt werken als nieuwe medewerker en ik vertel je niet de kernwaarden en de verwachtingen. En dat je competitief moet zijn en moet uitstralen wat onze visie is en ik neem je hier niet in mee. Hoe kan ik je daar dan in godsnaam op aanspreken? Dit is onze visie, kernwaarden en gedragsregels. Met artsen is dat soms nog lastig, maar dat verandert wel steeds meer” (Hoofd Medisch Ondersteunend Zorgbedrijf).

Ook is door het incident het vertrouwen in het management toegenomen. Volgens het Hoofd Communicatie en Marketing heb je van nature de neiging als er iets is gebeurd een schuldige aan te wijzen. Het was weliswaar een persoon die de fout maakte, maar dit kwam doordat het proces fout was. Het is een gezamenlijk probleem, want het proces deugd niet. “Er is niet met een beschuldigende vinger naar hem gewezen” (Hoofd Communicatie en Marketing).

Het Hoofd Communicatie en Marketing geeft ook aan dat als er wederzijds vertrouwen en respect is dit soort dingen ook eerder gemeld worden (VIM meldingen)(Hoofd Communicatie en Marketing). Zo heeft de directeur zich volgens het Hoofd Kwaliteit & Veiligheid goed neergezet als crisismanager. Met zijn manier van werken en met zijn omgang met de medische staf heeft hij vertrouwen gekweekt bij de medische staf. Het is tegenwoordig veel gebruikelijker om elke vergadering van de vereniging medische staf vrijwel geheel bij te wonen. “Vroeger mocht de directeur zijn agendapunten eens of twee keer per jaar presenteren en moest hij daarna de vergadering weer verlaten” (Hoofd Kwaliteit & Veiligheid).

De benaderbaarheid van het management is volgens de Teamleidster OK, Anesthesiemedewerker en IC Verpleegkundige altijd goed in het ziekenhuis. “Zeker met de directeur die er nu zit, die is goed benaderbaar” (Teamleidster OK). Zo is ook de zichtbaarheid beter geworden volgens het personeel. “Het management wordt wel zichtbaar. Zo zie je bijvoorbeeld wat iemand als de Algemeen Manager binnen het ziekenhuis doet” (Uroloog). Zo ook loopt de directeur bijvoorbeeld een paar dagen per jaar mee in het witte pak op de werkvloer om te kijken hoe het daar is en zit hij vrijwel elke dag in het restaurant te eten (Directeur).

#### Nu: Omgang met Veiligheid

De omgang met Veiligheid is voor en na het incident bij sommige medewerkers enigszins veranderd. Na het incident kijkt de directeur anders aan tegen veiligheid. “Je ziet voortdurend onveiligheid. Wat je vroeger niet zag en over nadacht. Bij alles zie ik meer onveiligheid. Over het tillen van patiënten, noem maar op, dat het bed niet goed vaststaat, ik zie het. Ik ging er

van uit, dat ze het goed regelden. Het is niet zo, dat ik denk, het was vroeger onveiliger of zo, helemaal niet, maar je kijkt voortdurend door die bril. Ook als ik een ander ziekenhuis in kom” (Directeur). Het hoofd Communicatie en Marketing geeft aan dat mede door het incident de medewerkers minder geremd zijn om VIM meldingen te doen. Een VIM melding gaat vaak over een collega, hetgeen kan zorgen voor een drempel om een incident niet te melden. Er wordt wel vaker ingezien dat het melden goede effecten heeft op verbeteringen die aangebracht kunnen worden. “Over het algemeen denk ik dat mensen zich hier vrij veilig voelen om incidenten te melden, ook al hebben ze het zelf gedaan [...] Ik denk dat het een positieve invloed heeft gehad op de cultuur hier, dat je je niet angstig voelt” (Hoofd Communicatie en Marketing). Het Hoofd Medisch Ondersteunend Zorgbedrijf geeft aan dat je anders naar veiligheid gaat kijken. Het gaat om de vermijdbare fouten. “Het is niet alleen het incident, het is versneld. Het hele landelijk toezicht richting het operatief proces” (Hoofd Medisch Ondersteunend Zorgbedrijf). Ook wordt aangegeven dat er na het incident veel gevimd werd in de OK. “Vimmen is goed, maar het is niet de bedoeling dat je bijvoorbeeld zoveel Vims moet doen, want anders voldoe je niet aan het managementcontract. Wat zegt dat namelijk? Het moet geen Vimmen om het Vimmen zijn, maar toegevoegde waarde hebben” (Hoofd Medisch Ondersteunend Zorgbedrijf). Zo worden de Vims vanuit de VIM commissie in een brief naar de directie gestuurd en moet er antwoord op gegeven worden. Blij met het werk zijn ze niet, maar de veiligheid van de patiënt staat voorop. Er zijn verbeteringen in Kwaliteit & Veiligheid, zoals meer bewustwording en zijn er medewerkers die steeds vaker zelf dingen aangeven als ze ergens tegenaan lopen. Niet alles loopt echter nog goed. “Aanspreekgedrag is goed, maar de manier waarop kan soms beter. Je merkt dat artsen ook echt met een cultuuromslag bezig zijn, die vinden het allemaal gedoe. Weer een lijstje, weer dit” (Hoofd Medisch Ondersteunend Zorgbedrijf).

Volgens de Algemeen Manager gaat het ene team intensiever om met veiligheid dan de ander, maar rond de OK en het snijdend deel is men heel erg alert. De werkvloer geeft zelf randvoorwaarden waarbinnen zij hun werk willen doen (Algemeen Manager). Ook zijn er Sirene acties die elke eerste maandag van de maand om 12uur plaatsvinden, waarbij een aantal vragen gesteld wordt aan de afdeling. Die komen terug en worden weer teruggekoppeld naar het team. Zo zijn er ook hygiëneweken en wordt het Veilig Incident Melden besproken (Algemeen Manager; IC Verpleegkundige). Door het incident is de Algemeen Manager ook zelf meer bezig met veiligheid. “Ik ben van huis uit heel erg econoom, vanaf het incident vallen mij wel dingen op. Soms zijn het maar kleine dingen. Je leert kijken” (Algemeen Manager). De voorzitter Medische Staf ziet dat mensen sindsdien elkaar aanspreken op bepaalde zaken, bijvoorbeeld het dragen van sieraden. Ook op de operatiekamer is hier sprake van (Voorzitter Medische Staf). Het ziekenhuis is actiever vanuit het bestuur en de kwaliteit en veiligheidsafdeling. Medewerkers worden steeds met kwaliteit

en veiligheid geconfronteerd op allerlei leuke manieren. Dit wordt ook regionaal gedaan. Dit was voor het incident ook, maar door het incident heeft het een boost gehad (Directiesecretaresse).

Niet iedereen is anders gaan denken over veiligheid. De Uroloog geeft aan dat ze elkaar altijd al aanspraken als er iets niet goed was. Het is vervelend om te zeggen, want het is meestal een vervelend gesprek, maar desondanks blijft hij er mee doorgaan, doordat het een extra focus geeft (Uroloog). Het Hoofd Kwaliteit & Veiligheid is zelf ook niet anders over veiligheid gaan denken. Hij denkt wel dat er een aantal mensen meer een idee heeft dat het belangrijk is om een systeem te hebben waarbinnen veiligheid wordt opgepakt (Hoofd Kwaliteit & Veiligheid). Ook de Teamleidster OK is altijd al erg met veiligheid bezig geweest, vooral met veiligheid voor de patiënt, want hier word je ook voor opgeleid. “Het is iedereen zijn eigen verantwoording natuurlijk hoe je daarmee omgaat [...] Ik heb altijd wel de verantwoordelijkheid genomen ten opzichte van de patiënt” (Teamleidster OK). De coördinatie die het Afdelingshoofd had is niet veranderd voor of na het incident, evenals zijn omgang met veiligheid. “Misschien dat ik nog meer controle uitoefen en dat ik nog meer wil weten hoe iets gaat, maar er is niet zo heel veel veranderd. [...] Ik kijk ook wel regelmatig of er nog steeds goed met propofol wordt gewerkt. Dat je er wel bovenop blijft zitten steeds” (Intensivist).

De omgang met veiligheid is in de organisatie nog redelijk hetzelfde voor en na het incident. Sommigen heeft het wakker geschud, maar anderen hebben nog dezelfde kijk, mede waarschijnlijk ook door de focus op veiligheid de laatste jaren. “Veiligheid is een enorm hot item geworden. Het heeft er wel toe bijgedragen dat het proces is versneld. Je ziet het overal, bij VMS, maar ook bij de IGZ bijvoorbeeld” (Anesthesiemedewerker).

#### 4.2.1 Conclusie

Na het incident is onmiddellijk crisioverleg gepleegd en een logboek bijgehouden. Het wordt nu ook crisioverleg genoemd, wat de ernst aangeeft. Verschillende partijen worden op de hoogte gebracht en een crisisteam, werkgroep en onderzoekscommissies worden samengesteld. Overleg en gezamenlijke besluitvorming zijn hier van belang. Naar de oorzaak wordt gezocht, door te kijken naar het omgevingsonderzoek, patiëntenonderzoek en rapporten van de onderzoekscommissies. De protocollen, richtlijnen en afspraken etc. worden nog eens onder de loep genomen, want deze werden niet goed gedocumenteerd. Zo is te zien dat meteen na het incident verbeteracties worden ondernomen. Wat eerder niet gedaan werd, wordt nu meteen gedocumenteerd en aangepast. Ook hier wordt bij de directie vooral gehandeld vanuit een frame van patiëntveiligheid. De omgang hier is vooral het vinden van de oorzaak en de schade voor zowel het ziekenhuis als de patiënt zo veel

mogelijk beperken. Het handelen wordt dus ook gedaan vanuit een frame van het beperken van reputatieschade, waarbij openheid/transparantie wederom een belangrijke factor is.

Niet alleen de patiënten, maar ook het personeel wordt goed ingelicht en op de hoogte gehouden. De manier waarop een crisis gecommuniceerd wordt binnen en buiten de organisatie is belangrijk om een crisis niet verder te laten escaleren. Renn (1991) geeft verschillende kanalen aan van communicatie. Het Havenziekenhuis maakte gebruik van Havennet, nieuwsbrieven, brieven, werkoverleg, instructies, mail en de standaardcommunicatie om het personeel op de hoogte te houden. De patiënten zijn op de hoogte gehouden door personeel dat persoonlijk de situatie uit kwamen leggen. Ook via A4tjes, de media of folders. Een fout die gemaakt werd, was dat sommige patiënten eerder op de hoogte waren van het incident via de media dan dat ze of door het personeel of via een folder waren ingelicht. Dit is toen meteen rechtgezet en niet meer voorgekomen. Hier hebben ze snel van geleerd. De media kan de perceptie van het individu beïnvloeden en het is daarom belangrijk dat het Havenziekenhuis een goede afweging heeft gemaakt wat, wanneer naar buiten te brengen.

De patiënten zijn op een speciale manier behandeld. Dit geeft aan dat de nazorg van de patiënten een belangrijk punt was in de afhandeling. Vertrouwen bij patiënten is voor het ziekenhuis van groot belang. De directeur heeft ook meteen de aansprakelijkheidsverzekeraar ingeschakeld, wat aangeeft dat het ziekenhuis de verantwoordelijkheid neemt voor het ontstane incident en de patiënt tegemoet komt. De directeur geeft hier duidelijk aan dat het niet om een persoonlijke fout ging, maar om een procedure fout. Dit kan gezien worden als een manier om zijn personeel te beschermen, maar ook zijn ziekenhuis voor een slechte reputatie. De directeur geeft bijvoorbeeld ook aan dat hij het imago belangrijker vindt dan de korte termijnwinst.

Dat het personeel betrokken is bij hun ziekenhuis wordt geïllustreerd, doordat bijna iedereen bereid is om die zondag te komen helpen. Ze komen allemaal in actie en uit veel hoeken komt support. Het personeel krijgt steun van een maatschappelijk werkster en zijn er bijeenkomsten georganiseerd om de mensen dichterbij elkaar te brengen en elkaar te ondersteunen bij de verwerking van de impact van de gebeurtenis. Een onderliggend frame waaruit het personeel handelt is die van betrokkenheid bij de organisatie en directie. Ze willen er veel aan doen om 'hun' Havenziekenhuis goed uit de crisis te laten komen.

Over de aanpak van de directeur is iedereen positief en staat iedereen achter zijn gevoerde beleid. Deze aanpak was ook voor iedereen duidelijk. Een duidelijke visie is van belang voor de acties en handelingen die uitgevoerd moeten worden. Als de aanpak niet duidelijk is kan onenigheid over de uitvoering ontstaan. Er kan dan een strijd om framing plaatsvinden (Schön & Rein 1994). De reacties op de sluiting van de operatiekamer zijn niet allemaal positief. Sommigen zien het als een te rigoureuze maatregel en zien het als een

incident in plaats van een structurele fout. Binnen het personeel zijn mensen die onzeker waren over de situatie en mensen die het teveel bagatelliseren. Eerlijkheid, openheid en borging van de veiligheid van de patiënt spelen dan een belangrijke factor bij het gevoerde beleid.

Met betrekking tot de verhoudingen van het management/personeel lijken deze alleen maar beter te zijn geworden. De directie geeft vooral aan dat het positieve effecten heeft gehad. Zo kan de directeur vergaderingen van de vereniging medische staf bijwonen en heerst er wederzijds respect en vertrouwen. Ook de zichtbaarheid en benaderbaarheid zijn goed. De vraag is of dit voorheen hetzelfde was of dat dit door het incident verbeterd is, want een aantal geïnterviewden geeft aan dat de benaderbaarheid van de directie altijd al goed was. De kleinschaligheid kan ervoor gezorgd hebben dat de situatie niet geëscaleerd is. Zaken vallen sneller op, medewerkers gaan informeler met elkaar om en zijn eerder betrokken, waardoor gericht actie kon worden ondernomen. De context bepaalt namelijk hoe gekeken wordt naar een bepaalde gebeurtenis (Schön & Rein 1994).

Met betrekking tot omgang met veiligheid zien we dat een aantal medewerkers door het incident een andere kijk hebben op veiligheid. Zo ook de directeur. Wat hij vroeger niet zag, ziet hij nu wel en ziet hij steeds onveiligheid. Het personeel ziet meer de gevaren in van bepaalde dingen en zijn ze weer wakker geschud. Zo is na het incident het aantal VIM meldingen verhoogd, vooral ook op de OK. Elke maand zijn er Sirene acties, worden VIM meldingen besproken, zijn er terugkoppelingen, hygiëneweken en wordt het personeel op allerlei manier geconfronteerd met veiligheid. Ook is het ziekenhuis vanuit het bestuur actiever met kwaliteit en veiligheid bezig. Dit geeft aan dat er sprake is geweest van reframing. Er wordt anders naar veiligheid gekeken, veel proactiever.

Aanspreekgedrag kan echter soms nog beter bij artsen, wordt aangegeven. Daarnaast is niet iedereen van mening dat er anders met veiligheid wordt omgegaan en is bijvoorbeeld het aanspreken altijd al goed geweest. Het kan echter ook een versneld proces zijn geweest, doordat landelijk toen al veel gedaan werd met veiligheid en het door dit incident versneld is. Dit kan een retorisch frame zijn. Veiligheid stond namelijk al op de agenda. De invulling hangt dan af van de omstandigheden. Door het incident lijkt alles versneld. Buse et al. (2009) geeft aan dat stromen bewegen totdat ze op een bepaald punt bij elkaar komen en een kwestie ineens wel serieus wordt genomen. Zo ook het op de agenda zetten van patiëntveiligheid na het incident. Naast het op de agenda zetten hangt het ook nog af wat voor betekenis wordt gegeven aan patiëntveiligheid. Er zijn meerdere factoren die op dit thema inspelen, zoals fouten, incidenten, klachten, complicaties, professionele standaard. In het Havenziekenhuis zie je dit terug door het Meerjarenbeleid voor patiëntveiligheid. Ook dat zij werken aan het VMS en de protocollering na het incident.

Je kunt een risico op allerlei manieren bekijken. Moreira (2007) biedt een analyse framework om een relatie te beschrijven tussen gezondheidszorgbeleid en communicatie van crisis in de zorg. Complexiteit, onzekerheid en ambiguïteit zijn de drie dimensies van risicoperceptie. De manier waarop de crisis gecommuniceerd wordt heeft bijvoorbeeld invloed op publieke risicoperceptie. De complexiteit heeft betrekking op de factoren van oorzaak en gevolg en is het moeilijk geweest om naar buiten te brengen dat niet één persoon als schuldige werd aangewezen, maar dat het ging om een systeemfout. Het is namelijk makkelijker om iemand als schuldige aan te wijzen. Daarnaast met betrekking tot onzekerheid was de oorzaak door de meeste al voorspeld, echter de omgang met het incident was niet door iedereen hetzelfde. Ambiguïteit gaat over de interpretaties van de verspreide berichten, door bijvoorbeeld de media. Aangezien de oorzaak duidelijk was en deze ook zo naar buiten is gebracht was er niet veel sprake van heel veel verschillende interpretaties. Dit kan er mede voor hebben gezorgd dat het ziekenhuis niet of nauwelijks reputatieschade heeft opgelopen. De manier waarop je het risico, beoordeelt, managed, evalueert en communiceert, heeft ook invloed op de interpretatie en analyse.



### **4.3 Analyse van de crisis**

In deze paragraaf wordt de analyse van de crisis beschreven. De Tripod Beta Analyse die gebruikt is wordt uitgelegd en vervolgens wordt ingegaan op de systeemfout en de menselijke fout. Ten slotte volgt de conclusie.

Na het incident zijn er drie onderzoeken ingezet. Er is bacteriologisch onderzoek gedaan, waarbij ook bloed afgenomen werd bij patiënten. Het tweede onderzoek was een case controle onderzoek, waarbij van de patiënten die ziek zijn geworden alle factoren die mogelijk van belang waren op een rijtje werden gezet. Dit gebeurde vervolgens ook met mensen die gezond bleven in dezelfde periode en kon gekeken worden waar de verschillen zaten en waar de overeenkomsten. Het derde onderzoek was de incident analyse, waarbij retrospectief het incident werd geanalyseerd. Dit gebeurde in samenwerking met Vopak en ging om een Tripod Analyse (Medisch coördinator anesthesiologie).

Het case controle onderzoek zelf, is door de nieuwe microbioloog gedaan. Er zijn daarbij hele schema's opgezet met tijdlijnen en patiënten en was er een overeenkomst tussen OK 1 en 2. De patiënten hadden allemaal met hetzelfde middel anesthesie toegediend gekregen en met hetzelfde opspuitstuk. Deze zijn toen op kweek gezet en zo werd bekend dat propofol de boosdoener was (Hoofd Kwaliteit & Veiligheid). Uit dit bacteriologisch onderzoek kwam naar voren dat de infectie bij de patiënten is veroorzaakt door de extrinsieke contaminatie van de gebruikte propofol met de *Klebsiella pneumoniae* en *Serratia marcescens* (Klein et al. 2010).

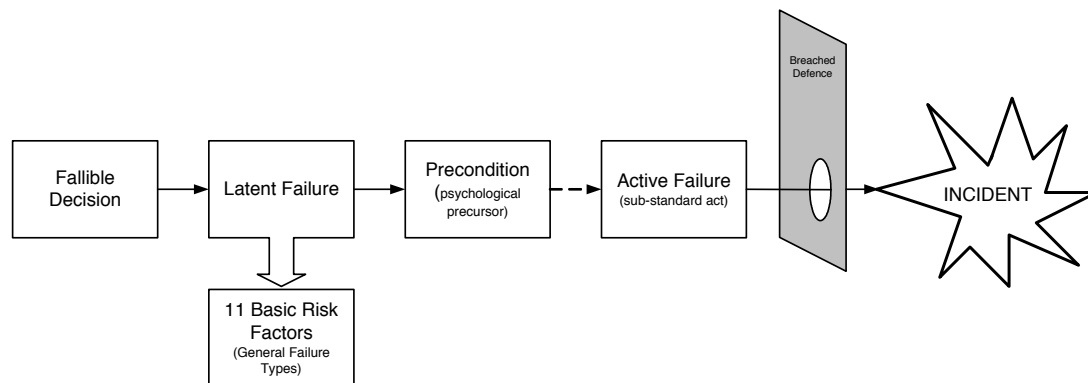
#### Tripod Beta Analyse

Na dit ongevalonderzoek is de analyse van het incident door middel van een Tripod Beta Analyse (Figuur 1) uitgevoerd om te achterhalen wat er precies fout is gegaan. Deze methode kijkt ook naar systeemorzaken en is door iemand van Vopak geanalyseerd. "Dat was voor ons ook prettig, omdat iemand van afstand kijkt naar de organisatie. [...] Zeker bij grote calamiteiten, ongevallen, moet je dat gewoon het liefst geobjectiveerd hebben (Hoofd Kwaliteit & Veiligheid).

Deze methode is retrospectief en wordt voornamelijk voor hoge risico's en complexe incidenten gebruikt. Deze komt van Shell af en is erg gedetailleerd en uitgebreid. Het is opgebouwd uit drie stappen, waarbij de vragen 'Wat is er gebeurd?', 'Hoe is het gebeurd?' en 'Waarom is het gebeurd?'. Bij de eerste vraag wordt achterhaald wat er gebeurd is. Gekeken wordt welk deel van de organisatie onderzocht wordt, wat het incident is, wat het gevaar is en welk object hierdoor schade heeft opgelopen. Bij de tweede vraag wordt gekeken welke barrières het incident hadden moeten voorkomen en het object hadden moeten beschermen. Als laatste wordt gekeken wat er voor zorgde dat de barrières faalden.

Gekeken wordt naar latente fouten die de context/randvoorwaarden scheppen om actieve fouten op te laten treden. Een voordeel van deze methode is dat het vooronderzoek grondiger is en de methode identificeert de tekortkomingen in het managementsysteem die moeten worden opgelost (Dankaart 2007).

Figuur 1. Tripod Model



Bron: Dankaart 2007

Uit deze Tripod Beta Analyse kwam dat de 'spike' die gebruikt werd om de propofol op te zuigen met moeite steriel te hanteren was. Dit door zijn ontwerp en daarnaast werd deze weleens overgezet van het ene flesje op het andere. Daarnaast was het niet aan het flesje propofol te zien wanneer deze geopend was en kon het zijn dat de dag werd begonnen met een niet steriel flesje. Het flesje propofol werd bij het gereed maken voor toedienen niet aseptisch bereid. Ook werd het flesje weleens langer dan 6 uur geopend bewaard (Klein et al. 2010).

Interne en extern is ook onderzoek gedaan, waarbij de Inspectie heeft meegekeken. "We hebben prisma analyse op bepaalde delen gedaan. Interne audits uitgevoerd, terugkijkend en vooruitkijkend, dus prospectieve en retro-perspectieve risico analyses. Na een jaar is een analyse door de inspectie gekomen hoe dingen structureel verbeterd kunnen worden" (Algemeen Manager).

Volgens de Algemeen Manager lag het vooral aan de ad hoc en de routine die ervoor zorgde dat het incident zich voordeed en staat dit los van het systeem. "In theorie zijn ze patiënt georiënteerd, maar je ziet in de praktijk dat je per deskundigheid georiënteerd bent. Die systeemorganisatie miste en dat is nu structureel opgepakt. Door het incident zijn ze naar systeem gaan werken en is daar drie jaar voor uitgetrokken" (Algemeen Manager). Ook ligt het aan de geschiedenis en de cultuur van de organisatie, zoals de grotere verpakkingen die zijn ingevoerd in 2000, de spike, de verouderde bouwkundige voorzieningen, het

verzamelen van de overgebleven anesthesiemiddelen en de informele omgangsvormen tussen professionals. Zo hadden de professionals geen bemoeienis met de ziekenhuishygiënist en hadden ze geen multidisciplinaire werkbesprekingen (Klein 2010).

“Je ziet dat de routine en de blinde vlekken, want ook de nieuwe anesthesiologen zijn gekomen, die hadden de mogelijkheid om het systemen bij aanvang te veranderen. Ze zijn toch in die valkuil van dat oude systeem gevallen, van dat ‘niet’ systeem. Je ziet dat de groepsvorming leidend kan zijn in de manier waarop je de patiënt benaderd. Iedere patiënt is maatwerk, daar zou je als basis een soort systeem voor moeten hebben, maar dat was er niet. Het maatwerk denken was er dus ook niet. Het gebrek aan kennis blijkt dan ook eindelijk in zo’n routinematige handeling zeer onzorgvuldig” (Algemeen Manager).

#### Systeemfout of menselijke fout

Voorafgaand aan een ramp of incident gaan altijd een reeks negatieve ontwikkelingen. Er ontstaat een risico op het niveau van de organisatie van processen, zoals inkoop, roostering, onderhoud en ontwerp van apparatuur, communicatie etc. Deze latente risico’s verplaatsen zich naar de werkvloer van verschillende afdelingen, zoals operatiekamers. Zo is ook de oorzaak van het besmette anesthesiemiddel een voorbeeld van een besluit op hoog niveau om over te gaan naar een grotere goedkopere verpakking. Deze moest aan meerdere patiënten toegediend worden en bleek geen bacterieremmende stof te bevatten. Daarnaast werd een opzuignaald ingekocht waar niet steriel mee gewerkt kon worden. De latente risico’s, zoals vermoeidheid, hoge werkdruk, slechte communicatie, gebrekkige training, onervarenheid, inadequate supervisie en een gebrek aan samenwerking of teamwork ontstaan op de werkvloer. Deze latente risico’s kunnen zorgen voor het maken van fouten of het niet navolgen van voorgeschreven procedures uit (Klein 2010).

Uit de analyse kwam dat het niet helemaal om een persoonlijke fout ging, maar vooral om een systeemfout. De directeur geeft aan dat mede door de anesthesioloog objectief naar het incident is gekeken. Niet hoe ze iemand de schuld moesten geven, maar hoe het hele traject er uit zag (Directeur). De Voorzitter Medische Staf keek ook objectief naar de situatie. “Je wilt de oorzaak weten. Je wilt weten of het een menselijk fout is of een procedure fout. Of is het een opstapeling van fouten? We wilden niet dat het op één persoon terug te draaien was, want volgens ons moest het een procedure fout zijn. Een aantal dingen achter elkaar die niet goed genoeg waren. Het is altijd makkelijk om een iemand aan te wijzen en hem eruit te gooien, maar dat is te simpel en daar willen we ook niet vanuit gaan. Onze volgende zorgen was hoe we het team weer op orde moesten krijgen, want dat team was natuurlijk aangeslagen en die kijkt ook naar een zondebok, maar je moet met zijn allen weer verder.

Daar hebben we toen een medisch maatschappelijk werkster voor gezocht om te zorgen dat het team weer bij elkaar kwam” (Voorzitter Medische Staf). Tijdens het onderzoek keek niet iedereen even objectief naar de situatie. “Naar de professional, in eerste instantie was er een reactie, in de club, want er was een crisisteam, dat die anesthesiemedewerker in de kraag gepakt moest worden en gek genoeg niet de anesthesioloog. In het kader van het bacteriologisch onderzoek, of de anesthesioloog en anesthesiemedewerker een bacterie bij zich hadden. Dan heeft die persoon namelijk een probleem. Het zat hem eerst ook in de persoonsbenadering. [...] De kweek is uiteindelijk niet gebeurd, maar de reactie in eerste instantie was, en ook van de groep anesthesiemedewerkers, van ja, jij bent het probleem” (Medisch coördinator anesthesiologie). Door veel voorlichting en communicatie is dit aangepakt. Onder de professionals was veel onrust, want er waren veel verwijten. “Zo van, dat kan toch niet, dat wij bijna zeven mensen doodmaken, wie heeft er dan wat verkeerd gedaan?” (Medisch coördinator anesthesiologie). De groep anesthesiologen is echter nooit echt meer een hechte club geworden. “De twee fulltime anesthesiologen die er werkten waren dat weekend naar een congres. Die zagen het van ja, er is een incident geweest, maar dat hebben wij niet veroorzaakt. Dat is altijd een beetje die cultuur geweest” (Medisch coördinator anesthesiologie).

Bij de analyse bleek dat het systeemdenken er nog niet was en deden ze alles op basis van hun eigen routine en ad hoc. “Daarbij heb je ook met name de belangrijkste kaders voor crisis wel in handen” (Algemeen Manager). Volgens de Algemeen Manager zijn ze in de hoofdlijn van management by exception naar management van het systeem gegaan. Er wordt nu meer geredeneerd vanuit het systeem en worden afwijkingen gecontroleerd.

“Het incident heeft ons daar scherp in gemaakt. Het incident heeft ons ook scherp gemaakt over dat die deskundigen kennelijk dus niet met elkaar communiceren. Je moet daar dan dus weer wat scherper blijven. Je leert veel van zo’n incident, want je zit er dicht op. Je ziet dat trial and error proces ontstaan, terwijl je weet dat je uit het systeem fouten hebt. Dan zie je iedereen denken, wat kan het zijn?” (Algemeen Manager).

Met betrekking tot het openbaren van fouten en het afsluiten van een incident door een arts of manager geeft de Voorzitter Medische Staf aan dat zij makkelijk namens iedereen sorry kon zeggen voor het ontstane incident. De directeur vertelt daarbij dat dokters bij het geven van een VIM melding het liever hebben over een complicatie dan over een fout.

“Een klein rampje is voor iedereen wel eens goed, ja, een klein rampje [...] Je moet het zien als een leermoment [...] en sorry zeggen. Een belangrijke factor, vanaf het

begin af aan doen, jongens het is de schuld van het ziekenhuis. Ik was geen tijdelijk specialist. Ik kon makkelijk namens iedereen zeggen het spijt me, omdat je het een klein beetje naast je kan zetten. Ik zal ook altijd sorry zeggen, maar voor de direct betrokken specialisten is het emotioneler en moeilijker” (Voorzitter Medische Staf).

#### 4.3.1 Conclusie

Na het incident zijn intern en extern onderzoeken verricht, zowel retro-perspectief als prospectief. Een drietal onderzoeken is gedaan, bacteriologisch onderzoek, een case controle onderzoek en een incident analyse. Deze incident analyse is retrospectief en betreft een Tripod Betá Analyse. Dit gebeurde in samenwerking met Vopak. Dit om te leren van de veiligheidsmanagementervaring van dit bedrijf. Uit deze onderzoeken kwam dat de infectie veroorzaakt werd door de extrinsieke contaminatie van de gebruikte propofol met de *Klebsiella pneumoniae* en *Serratia marcescens*. Deze infectie is ontstaan doordat er een aantal dingen schortten in de werkwijze van propofol, maar ook andere zaken als routine, ad hoc, verouderde bouwkundige voorzieningen, informele omgangsvormen tussen professionals, gebrek aan kennis etc. speelde een rol. De inspectie heeft meegekeken bij deze onderzoeken en heeft naar aanleiding van een eigen analyse een jaar na het incident aangegeven wat structureel verbeterd kan worden binnen het Havenziekenhuis. Er miste structuur en daar is aan gewerkt, ook om meer systematisch te werk te gaan.

Uit analyse kwam ook dat het niet helemaal om een persoonlijke fout ging, maar dat vooral het systeem niet goed was. Het probleem was dat het team dat betrokken was bij het incident ook naar een zondebok kijkt, dit was ook zo bij de professionals. Een maatschappelijk werkster is gezocht om te zorgen dat het team weer bij elkaar kwam. In het crisisteam zochten ze in eerste instantie ook naar een zondebok, maar dit is tegengehouden. Er was daarom vooral eerst sprake van een persoonsbenadering. Door veel voorlichting en communicatie is dit probleem aangepakt. De groep anesthesiologen is echter nooit meer een hechte club geworden. Hier vond dus ook een proces van reframing plaats, maar is bij de groep anesthesiologen niet helemaal gelukt.

De werkwijze die de professionals hanteerden was ook niet die van de systeembenadering. Er werd veel op ad hoc en eigen routine gedaan. Hierdoor zijn ze gaan werken van management by exceptions naar management van systeem. De werkwijze moest worden omgegooid. De frames moesten hierdoor ook worden omgegooid, waardoor reframing plaatsvond. Deze reframing vertaalt zich dan door in de werkwijze.

Ook met betrekking tot het afsluiten van het incident zien we dat de directeur vooral een systeembenadering kiest en er vanuit gaat dat het proces gefaald heeft en dit ook zo naar buiten wil brengen. De directeur neemt verantwoordelijkheid voor het incident en biedt excuses aan. Zo hebben professionals hier meer moeite mee en voelen zij individueel meer

schuld en willen dit ook vaak zo uiten naar de getroffen. Ze hebben het vaker over een complicatie dan over een fout. Geprobeerd is om het frame van de professionals te reframen, maar dit is niet helemaal gelukt.

#### **4.4 Ondernomen acties na uitkomsten onderzoek en leermomenten**

In deze paragraaf worden de acties die genomen werden na het onderzoek beschreven. Zo worden de consequenties voor de kwaliteit & veiligheid binnen het Havenziekenhuis beschreven. Hierna wordt in de conclusie ingegaan op de eventuele leermomenten die het Havenziekenhuis heeft gehad uit het incident en de afhandeling hiervan.

##### Genomen acties na het incident

Direct na het incident is een aantal acties ondernomen. Het gebruik van het narcosemiddel propofol werd door het Havenziekenhuis meteen aangepast en zijn trainingen gegeven, zodat het personeel wist hoe hier op de juiste manier mee om moest worden gegaan. Jan Klein (ten tijde van het incident als medisch coördinator anesthesiologie werkzaam bij het Havenziekenhuis, later bij het Maasstad als anesthesioloog werkzaam en nu hoogleraar veiligheid in de zorg) constateerde dat twee derde van de Nederlandse ziekenhuizen op dezelfde wijze met het middel omgingen. Onduidelijk is nog hoeveel ziekenhuizen de werkwijze hebben aangepast. De IGZ stuurde in juli 2009 een waarschuwing over de risico's op infecties bij verkeerd gebruik van propofol naar alle ziekenhuizen en apotheken in Nederland (IGZ 2009). Voorheen was er geen specifieke training voor aseptisch werken en wellicht was dan de vervuiling op die manier te voorkomen geweest. Het Hoofd Medisch Ondersteunend Zorgbedrijf geeft ook aan dat het voorkomen had kunnen worden. "Had het kunnen worden voorkomen? Ja. Is het een menselijke fout? Ja. Had het een andere organisatie kunnen overkomen? Ja" (Hoofd Medisch Ondersteunend Zorgbedrijf). Met betrekking tot de menselijke fout wordt wel aangegeven dat je te maken hebt met mensen en dat het door een aantal factoren komt en niet één persoon als schuldige aangewezen kan worden (Hoofd Medisch Ondersteunend Zorgbedrijf).

Checklisten voor verbetering zijn opgesteld en er werd besloten om de hygiëneprocedures van het Erasmus MC één op één over te nemen. Ook werd aandacht besteed aan overdrachtsmomenten, opslag van steriele medische hulpmiddelen, de in- en uitloop van operatiekamers en dragen van operatiekleding buiten de operatieafdeling. Daarnaast, wordt er een controlesysteem voor hygiënisch werken ingesteld om te kijken of iedereen zich aan de afspraak houdt (Directeur). Naast deze maatregelen is er een crisiscommunicatie draaiboek gemaakt, want deze was er eerst niet en is naar aanleiding van het incident helemaal uitgewerkt. Het Hoofd Communicatie en Marketing geeft aan dat elke keer als er iets gezien wordt, het draaiboek aangescherpt wordt. De belangrijkste voorbeelden van hoe het goed gaat en niet goed gaat zijn er. Daarnaast zijn er nieuwe ontwikkelingen, als sociale media en worden deze betrokken in het crisiscommunicatie draaiboek. Het Havenziekenhuis heeft bijvoorbeeld een eigen Twitter en Facebook account. Deze media zijn te gebruiken als er iets voorvalt. "Je zag bij het Maasstad dat zij op nummer

één stonden qua social media gebruik, onder ziekenhuizen, maar op het moment dat er een crisis was ging de kraan dicht. Dat is wel gek” (Hoofd Communicatie en Marketing).

Voor het incident zelf was er geen protocol, maar is het regionale crisisplan wel geraadpleegd en is nu alles uitgeschreven. Er is gekeken op zowel lokaal als regionaal niveau. Daarnaast is er grote mate van deelname van Hospital Management of Incident (HMI) cursussen en is een groot deel van de mensen hierin getraind en gecertificeerd en wordt meegedaan aan regionale oefeningen. Dit ook doordat het Havenziekenhuis zowat het kleinste ziekenhuis van de regio is. “De grote incidenten gaan aan je voorbij, maar we doen wel voortdurend mee om ons scherp te houden” (Algemeen Manager).

Het Hoofd Medisch Ondersteunend Zorgbedrijf geeft aan dat ze wel in sommige dingen zijn doorgeslagen. De kosten rezen de pan uit, want de angst zat er na het incident goed in. De vraag was of al de maatregelen nog wel realistisch waren. Door de schrik zijn er wel veel veranderingen gekomen (Hoofd Medisch Ondersteunend Zorgbedrijf). Volgens Reason (2001) is teveel veiligheid ook niet goed. Veiligheid zelf kan zorgen voor gevaar, doordat routine in bepaalde werkwijze komt en dit kan een vals gevoel van veiligheid geven. Het is altijd belangrijk om jezelf te herinneren dat de omgeving in de zorg altijd onveilig is (Reason 2001). Zo zijn er bijvoorbeeld veel dubbele checks ingevoerd, maar belangrijk is dat er tijd voor de patiënt is. Er wordt gekeken welke dubbele checks ook daadwerkelijk worden gedaan en welke overbodig zijn, zodat deze tijd aan de patiënt kan worden besteed. Ze zijn terug gaan kijken naar de maatregelen die waren ingevoerd en hebben gekeken wat noodzakelijk was en of werkwijzen anders kunnen (Hoofd Medisch Ondersteunend Zorgbedrijf).

Het ziekenhuis hielp daarnaast met de verzekeringsprocedure en het verzamelen van bewijslast. Er is geen enkele klacht ingediend over de medische fout en de afhandeling.

“Daarom waren er ook een hoop patiënten niet boos op ons, omdat er met het incident veel is gebeurd op het gebied van patiëntveiligheid in alle ziekenhuizen. Ik was in het begin natuurlijk in de veronderstelling van hoe kan het zijn dat wij zo’n achterlijke werkwijze hebben, maar dat is niet het geval. En het is ook onderzocht. Er is heel actief door de inspectie op gestuurd en er zijn ook brieven door de inspectie naar heel de Nederlandse ziekenhuizen verstuurd. En wij hebben ook meteen alle Nederlandse ziekenhuizen geïnformeerd, niet alleen de bestuurders, maar ook de anesthesiologen, de apotheek. Van pas op! als je het middel zo gebruikt, kan er dat gebeuren” (Directeur).

Openheid is hier een grote factor op weg naar veilige zorg. Het schept vertrouwen bij de patiënt, helpt de zorgverlener bij verwerking van schuldgevoelens en geeft het praten over



fouten een leereffect. De patiënten stonden centraal bij elk crisisberaad en werd goed nagedacht over nazorg. Daarnaast is er nauwelijks sprake geweest van reputatieschade na alle aandacht van de media. De OK-medewerkers hebben weer vertrouwen in elkaar en zichzelf dankzij de open houding van het ziekenhuis. Dit door de gezamenlijke trainingen en bijeenkomsten (Buikema 2011). Een medewerker geeft echter wel aan dat het jammer is dat het ziekenhuis nooit meer terug is gekomen op het incident. “Ik vind dat het ziekenhuis daar wel in gebreke is gebleven. Je laat het namelijk nooit achter je. Ze zijn niet later nog met betrokken gaan praten of er op teruggekomen. [...] Er is toen heel veel mee gedaan, maar nooit meer op teruggekomen” (Anesthesiemedewerker).

In het ziekenhuis is sprake van een informele sfeer met betrekking tot omgang, maar ook soms met betrekking tot werkwijze. Na het incident is dit formeler geworden en zijn alle werkwijzen uitgeschreven, is alles geprotocolleerd en worden checks uitgevoerd.

“Iedereen weet wat de impact is van zo’n incident, dus die cultuur is door de medewerkers en door onze medisch staf geweldig aangejaagd op die OK. Dat is ook gebleken uit inspectiebezoeken die gehouden zijn. En dat is iets wat wel twee jaar geduurd heeft, voordat we een beetje van het trauma af waren” (Directeur). “Als er iets gebeurd dan hoor je langs te gaan, maar dit is nu echt geformaliseerd” (Voorzitter Medische Staf).

Ook is het incident doorgedrongen tot de politiek en zijn hierover vragen gesteld in de Tweede Kamer. De inspectie antwoordt positief naar het ministerie over het feit dat het Havenziekenhuis fundamenteel anders heeft gereageerd dan andere ziekenhuizen en het incident proactief heeft aangepakt. Zo ook met de controle-check van de patiënten (Buikema 2011). De externe onderzoekscommissie is tevreden over de manier waarop het Havenziekenhuis is omgegaan met de kwestie en vindt dat ze er alles aan hebben gedaan om de schade zoveel mogelijk te beperken. De belangrijkste stappen waren gemaakt (Buikema 2011). Jan Klein en Johan Dorresteyn (directeur Havenziekenhuis) zijn twee jaar lang samen met de patiënt door het land gereisd om lezingen te geven over kwaliteit en veiligheid in de zorg. Dit was zonder de openheid van het ziekenhuis nooit gebeurd (Buikema 2011). Jan Klein noemde het ‘het rondreizend circus’. Vanaf het begin is hij er open over geweest en heeft hij bij het jaarcongres een verhaal verteld over wat er was gebeurd. Daarnaast is het nog gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (Medisch coördinator anesthesiologie).

### Consequenties Kwaliteit en Veiligheid binnen het ziekenhuis

Na het incident in 2008 is er na onder andere onderzoek en analyse een aantal dingen veranderd met betrekking tot kwaliteit en veiligheid binnen het ziekenhuis. “Waar gewerkt wordt worden fouten gemaakt. Dat is een ding wat zeker is. Het is vervelend wat er is gebeurd, maar we hebben er erg veel van geleerd” (IC Verpleegkundige). De directeur geeft aan dat het boek een openbare les in veiligheid is. “Het maakt voelbaar hoe belangrijk het is om je continu bewust te zijn van de risico’s in de gezondheidszorg. Niet alleen als arts en verpleegkundige, maar ook als directeur” (Directeur). Het Havenziekenhuis heeft het veiligheidsbeleid na het incident sterk aangescherpt, onder meer door verzwaarde checks en procedures rond het operatieve proces in te voeren (Directeur). Merendeel van de geïnterviewden geeft aan dat het incident een leerzame ervaring is geweest.

“Ik denk dat het een hele gunstige invloed heeft gehad, want mensen zijn natuurlijk veel meer alert. Sowieso is hier de afspraak dat bij alle managementvergaderingen veiligheid als eerste op de agenda staat. Er wordt altijd als eerste besproken hoe het staat met de veiligheid, de patiëntveiligheid binnen het ziekenhuis. En een ander effect is geweest dat er een speciale werkgroep patiëntveiligheid is, de Samenwerkende Rijnmondse Ziekenhuizen. De directeur van het Havenziekenhuis is voorzitter van die werkgroep. Die heeft zich echt ten doel gesteld om de patiëntveiligheid binnen de regio naar een hoger niveau te tillen” (Hoofd Communicatie en Marketing). “Het heeft wel een grote impact gehad, het was heel heftig. Nog steeds wel en daardoor zijn we met zijn allen naar bepaalde situaties anders gaan kijken. We zijn heel alert” (Teamleidster OK).

Volgens het Hoofd Medisch Ondersteunend Zorgbedrijf gaat het niet alleen om hoe de plannen en verbeteringen er op papier uit zien, maar is vooral de uitvoering belangrijk. Ieder jaar wordt er een keer een interne audit gedaan, waarin gekeken wordt of de dingen gaan zoals ze afgesproken zijn, wat opvalt en of er dingen zijn waar ze weer blind door worden. Er zijn veel veranderingen en protocollen gekomen, als ook dubbele checks.

Ook heeft het geholpen om wat meer gestructureerd te kijken naar kwaliteit en veiligheid (Hoofd Kwaliteit & Veiligheid). Zo ging de Niaz norm steeds beter aansluiten bij het INK model en werd gedacht aan een manier om dit meer gestructureerd in de organisatie in te brengen. Na het incident werd gezegd het INK model steeds nadrukkelijker als structuur voor het kwaliteits- en veiligheidsmanagement gebruikt.

“Veiligheid is volgens ons resultaten voor het veld ‘management van processen’ en incidenten en dat soort dingen zien wij dan als resultaten voor patiënten. Dat betekent dat wij daar in het systeem weten wat de resultaten zijn, hoeveel incidenten gemeld worden, wat complicaties zijn. Je ziet een soort planning en controle cyclus rond veiligheid ontstaan en daarmee is veiligheid onderdeel van het systeem geworden. Het is nu onderdeel van onze beleidsvisie en hebben we na het incident onze media en beleidsvisie aangescherpt en daar staat veiligheid centraal in” (Algemeen Manager).

In het tweede rapport van de externe onderzoekscommissie werd aangegeven dat standaardisatie onmisbaar is voor risicovermindering in het operatief proces (Buikema 2011). De IGZ kwam met de vraag van een integrale procesmatige benadering. Dit was voor het ziekenhuis geen gemakkelijke opgave. “Daar hebben we wel een tijdje over nagedacht [...] Dit is wel een beetje een gelijktijdige ontwikkeling geweest, die versneld is” (Hoofd Kwaliteit & Veiligheid). Dat sommige ontwikkelingen gelijktijdig of versneld zijn geweest geven de teamleidster van de OK, de Uroloog en de IC Verpleegkundige ook aan.

“Er is veel veranderd op de OK, maar dat is niet alleen daardoor. Er is bijvoorbeeld ook veel veranderd qua luchtbeheersing, polisystemen, deurentellers, dubbel checken.” (Teamleidster OK). “Er liepen al verbeteringen, dus het is moeilijk te zeggen of het door het incident komt. Zo is er bijvoorbeeld de Time Out Procedure. De protocollen zijn opgefrist en is ook de controleerbaarheid verbeterd” (Uroloog). “De Sirene acties zijn niet per se naar aanleiding van het incident gekomen, maar in het leven geroepen door de toenemende mate van kwaliteit en veiligheid in de gezondheidszorg. Net als het VMS wat landelijk in het leven is geroepen” (IC Verpleegkundige).

Ook wordt geprobeerd mensen op de werkvloer verbeteringen te laten doen en is er bijvoorbeeld een veiligheidsweek, waarbij medewerkers die een goed idee hebben op het gebied van veiligheid een “gouden veiligheidsspeld” kunnen verdienen. “Wij (directie en MT-leden) lopen zelf ook veiligheidsrondes en lopen door het huis en zijn aanspreekbaar en zorgen hier voor. De deur staat altijd open en iedereen kan hier komen. We zijn zichtbaar en vragen dit ook aan de bedrijfsleiders of zij zichtbaar zijn” (Algemeen Manager). Daarnaast wordt geprobeerd VIM teams te creëren, waarbij steeds wordt gelet op de samenstelling. “We kijken ook steeds of het team logisch is of niet. [...] Je moet niet accepteren dat het team het team is, maar voortdurend met elkaar in gesprek blijven, dus teambijeenkomsten zijn heel erg nodig” (Algemeen Manager).

Niet iedereen is van mening dat er qua Kwaliteit en Veiligheid veel veranderd is. Zo geeft de Teamleidster van de OK aan: "Het is misschien nu meer up to date, maar ik vind protocollen in het algemeen zelf schijnveiligheid. De opleiding vind ik vooral heel belangrijk. Het OK personeel moet altijd geschoold blijven, dit houdt in dat ze ieder jaar bepaalde trainingen moeten doen, om de kennis op pijl te houden" (Teamleidster OK).

### Documentatie

Met betrekking tot elektronische documentatie is er in het Havenziekenhuis niet veel meer terug te vinden rondom het propofol incident. In het jaarbericht 2008 van het Havenziekenhuis stond een klein stukje geschreven over hoe zij het noemde, de infectiecalamiteit<sup>2</sup>. Hierin werd uitgelegd dat de infectie ontstaan was door een bacterie in het anesthesiemiddel en dat de OK's direct gesloten werden en dat er een interne en externe onderzoekscommissie ingeschakeld werd (Jaarbericht 2008).

Daarnaast stond vermeld dat de Nederlandse ziekenhuizen hierover geïnformeerd werden om herhaling van de calamiteit elders te voorkomen. De inspectie stelde later vast dat het ziekenhuis alert heeft gereageerd op de door hun veroorzaakte infectie. Ook dat de OK-procedures en richtlijnen aangepast werden en het personeel voor de toepassing trainingen kreeg. Zo werd ook gemeld dat ze hulp kregen van het Erasmus MC, het St. Franciscus Gasthuis en Vopak en dat de werkgroep nazorg de betreffende patiënten hielpen met hun schadeclaim (Jaarbericht 2008).

In de jaarverantwoording zorginstellingen 2008 van het Havenziekenhuis wordt een terugblik gegeven van het jaar, waarin de calamiteit aangegeven wordt en hoe ze hier mee om zijn gegaan. Er staat echter niet in wat de oorzaak van het probleem was, alleen dat zich een ernstige calamiteit had voorgedaan, dat alle patiënten die op de betreffende dagen geopereerd waren medisch onderzoek hebben gehad, dat er grondig onderzoek is ingesteld (intern en extern), de aanpak dagelijks met IGZ besproken is, een werkgroep veilige herstart OK opgezet is en ze sinds 13 oktober 2008 weer zijn gaan opereren op de OK's.

In het jaarbericht van 2009 staat dat het Havenziekenhuis kwalitatief goed functioneert en dit ook blijkt uit thematische onderzoeken van de IGZ. Zo werd onder andere het operationele proces, inclusief het pre- en postoperatieve traject, opnieuw bekeken. Dit mede naar aanleiding van het OK-incident in 2008. Naar aanleiding hiervan zijn een aantal verbeterpunten gekomen en is dit ondersteund mede door kennis vanuit het Erasmus MC. Dit heeft geleid tot verbetering in samenwerking, communicatie en het definiëren van

---

<sup>2</sup> De term calamiteit en incident zijn termen die het ziekenhuis niet zozeer kiest, als wel de termen die de IGZ hanteert in het meldingsregime.

verantwoordelijkheden. Het ziekenhuis investeert al een aantal jaren en is sinds mei 2010 voor vier jaar NIAZ geaccrediteerd, mede doordat veel energie is gestoken in de verbeterpunten na het accreditatiebezoek in 2008. In 2009 zijn ook grote stappen gezet met betrekking tot patiëntveiligheid. Onder andere zijn tien thema's van het landelijke veiligheidsprogramma uitgewerkt, de sirene acties en de samenwerking met Vopak is verder uitgewerkt om te leren van de veiligheidsmanagementervaring van dit bedrijf (Jaarbericht 2009).

Na bezoek van de inspectie in augustus 2009 is er een plan van aanpak geschreven met betrekking tot de problematiek die toen aan het licht kwam. Zo is het gezamenlijk medisch beleid onvoldoende vormgegeven; functioneert de OK-stuurgroep onvoldoende in de sturing op het integrale kwaliteitssysteem; is er beperkt aandacht voor de ontwikkeling en deskundigheidsbevordering van medewerkers en worden de medewerkers onvoldoende aangestuurd door ontbreken van afdoende beleid, afspraken en protocollen; de ondersteuning, afspraken en afstemming met de ziekenhuishygiënist, arts-microbioloog, technische dienst en overige ondersteuning is niet voldoende georganiseerd. Concluderend is er onvoldoende samenhangend beleid en sturing ten opzichte van het operationele zorgtraject (Plan van Aanpak Havenziekenhuis 2009).

Als antwoord hierop heeft het Havenziekenhuis een plan van aanpak opgesteld om invulling te geven aan de door de IGZ gevraagde integrale procesmatige benadering geschreven (Figuur 2). Het plan bestaat uit een aantal processtappen waar thema's van het VMS hun plaats krijgen.

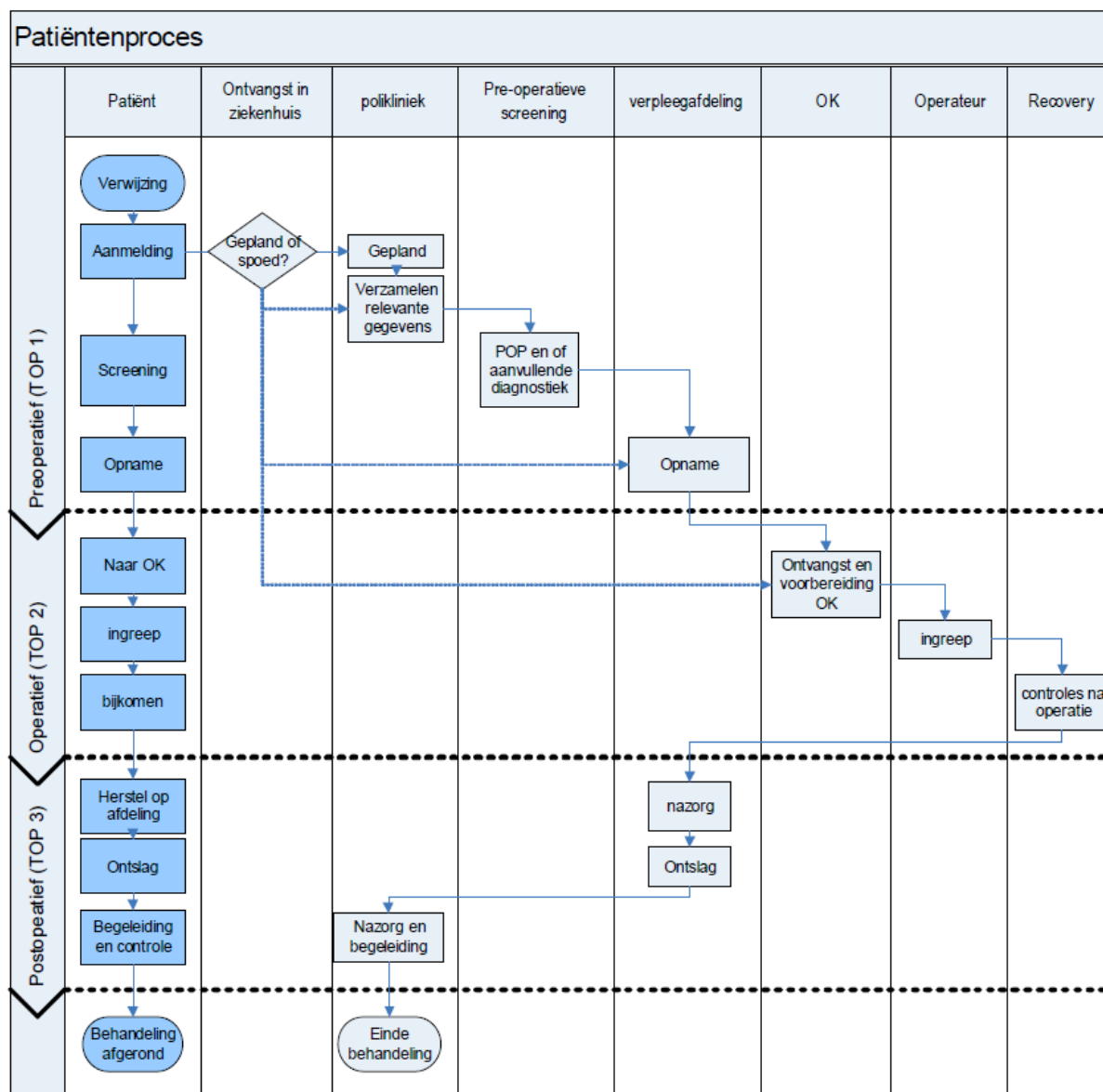
In een brief van de IGZ aan het Havenziekenhuis geeft het IGZ zijn goedkeuring voor het plan van aanpak voor de problematiek die in augustus 2009 aan het licht kwam.

“In eerste instantie hebben wij alles aangepast in de werkwijze, zodat er geen herhaling van het probleem zou zijn. Dit past volledig bij de reactieve fase van patiëntveiligheid. En daarvan heeft de inspectie gezegd dat wij nog steeds niet veilig waren, dat de veiligheid niet geborgd was. Na een halfjaar kregen we toch een rode kaart, omdat we alleen maar aan dat deel hadden gewerkt. Dit is toen breder aangepakt” (Medisch coördinator anesthesiologie).

Met de in het plan van aanpak voorgestelde werkwijze moet verandering komen in de cultuur en is ander gedrag van professionals vereist. Er is in de tussentijd al veel in het OK-complex veranderd en zijn er veel inspanningen geleverd om de verbeteringen te realiseren. Samenwerking tussen de verschillende professionals in de keten van de operationele zorg is daarbij van belang, evenals het aanscherpen van het gehele zorgproces voor patiënten die een operatie ondergaan. Het gebruik van implementatieteams getuigt van zorgvuldigheid,

omdat implementatie geen gemakkelijke opgave is. Er wordt door de IGZ waardering uitgesproken over de gekozen benadering van implementatie (Plan van aanpak operatief proces 2009).

Figuur 2. Patiëntenproces Havenziekenhuis



Bron: Havenziekenhuis: Plan van aanpak naar aanleiding van brief inspectie 2009

De IGZ heeft tot nu toe twee keer een advies gegeven voor de toepassing van propofol. De eerste keer was in juli 2009 en de tweede keer in januari 2012. De tweede keer is een herzien advies mede naar aanleiding van het nog altijd onvoldoende nauwkeurig omgaan met propofol na toezichtbezoeken. De gebruikers zijn wel op de hoogte van het risico, maar besteden er niet genoeg aandacht aan (IGZ 2012). De Medisch coördinator anesthesiologie geeft aan niet blij te zijn met het herziene advies. "Nu heeft de inspectie de norm weer

opgerekt. Ik denk dat dat compleet onverantwoord is, één, omdat er nog steeds besmetting plaatsvindt en twee, dat het risico van het blijven liggen van een infuusspuit, of het blijven staan van een flesje ook niet uitgesloten is in deze standaard. Je moet het wel labelen wanneer je het hebt opgezogen, maar wie gaat dit controleren? Sommige dingen zie je ook gewoon niet” (Medisch coördinator anesthesiologie).

Het Havenziekenhuis heeft in 2012 een Continuïteitsplan Interne Calamiteiten opgesteld. Voordat de calamiteit in 2008 plaatsvond was er nog geen calamiteiten/crisisplan beschikbaar. Dit plan gaat over wat te doen bij uitval van bedrijfsprocessen die negatieve gevolgen kunnen hebben voor de patiënt. Daarnaast is er een Ziekenhuis Rampen Opvang Plan en een Bedrijfsnoodplan (Algemeen document 2012).

In het jaarbericht 2011 zien we een aantal zaken met betrekking tot de kwaliteit van de patiëntenzorg. Er zijn ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid en zo ook op regionaal niveau en samenwerking. Zo is VIM in het hele ziekenhuis geïmplementeerd en gedigitaliseerd, waarbij de nadruk ligt op terugkoppeling en verbeteracties inzetten. Daarnaast wordt thematisch onderzoek gedaan en worden de resultaten van de aangeleverde kwaliteitsindicatoren beschreven. Zo nemen kwaliteit en veiligheid een prominente plek in bij het beleid van het Havenziekenhuis. Door de huidige aanpak is er sprake van innovatie en eigentijdse ontwikkelingen om de zorg continu te verbeteren, zoals interne audits, veiligheidsrondes, analyses. Er wordt een duidelijk strategisch beleid gevoerd en sluit het ziekenhuis aan bij de landelijke ontwikkelingen met betrekking tot kwaliteitszorg en veiligheidsmanagement. De inspectie ziet de verdere ontwikkelingen van het ziekenhuis met vertrouwen tegemoet (Jaargesprek Havenziekenhuis 2011).

Het Havenziekenhuis besteed volgens het beleidsplan 2012 veel aandacht aan patiëntveiligheid. Van belang is dat patiënten zich veilig voelen en men wil de zorg zo veilig mogelijk laten verlopen. Ze volgen landelijke ontwikkelingen en bestuderen eigen prestaties op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Op deze manier wordt gekeken of er projecten zijn die van belang zijn voor de verbetering van de patiëntveiligheid in het Havenziekenhuis (zie verder bijlage 1).

#### 4.4.1 Conclusie

Na het incident is meteen de werkwijze met propofol aangepast en zijn hier speciale trainingen voor gegeven. Doordat de informele omgang met elkaar soms ook doorsloeg in de werkwijze, zijn de werkwijzen uitgeschreven, is alles geprotocolleerd en worden er checks uitgevoerd. Er is een crisiscommunicatieboek samengesteld, omdat deze er nog niet was en wordt steeds aangescherpt, bijvoorbeeld door gebruik van sociale media. In 2012 is nog een Continuïteitsplan Interne Calamiteiten opgesteld. Daarnaast worden checklisten voor

verbetering opgesteld en werden de hygiëneprocedures van het Erasmus MC overgenomen. Aan de overdrachtsmomenten, opslag van steriele medische hulpmiddelen, de in- en uitloop van OK's, dragen van operatiekleding is ook gedacht. En tevens willen ze hier een controlesysteem voor hygiënisch werken voor maken om te kijken of het personeel zich hier aan houdt. Ook worden Hospital Management of Incident cursussen gevolgd en meegedaan aan regionale oefeningen. Met betrekking tot framing is te zien dat het ziekenhuis na het incident een scala aan verbeteringen door heeft gevoerd. Ze hebben het probleem actief aangepakt. Ze zagen de ernst van het probleem in en hebben hier wat aan gedaan om herhaling te voorkomen. Ze werken actief aan het probleem. Aangegeven wordt dat het incident een leerzame ervaring is geweest. Zo kun je van een negatieve situatie een positieve situatie maken. Het reframen van een gebeurtenis kan namelijk de context veranderen waarvan het afhankelijk is (Schön & Rein 1986). Zo wordt de crisis dus niet alleen gezien als iets negatiefs, maar wordt er ook gekeken naar de leermomenten die ze hier uit hebben gehaald.

Door de crisis hebben deze veiligheidsmaatregelen een boost gekregen, waardoor op een gegeven moment de kosten de pan uit stegen. Dit moest toen verminderd worden. Teveel veiligheid is niet altijd goed, want een ziekenhuis moet dit wel aankunnen en kunnen betalen. Reason (2001) geeft aan dat teveel veiligheid kan zorgen dat routine voor een vals gevoel van veiligheid kan zorgen. Je moet jezelf altijd herinneren dat je in een onveilige omgeving aan het werk bent. Zo zijn er bijvoorbeeld veel dubbele checks ingevoerd en wordt gekeken welke dubbele checks ook daadwerkelijk worden gedaan en welke overbodig zijn. De tijd die dan over is kan dan aan de patiënt worden besteed. Ze zijn terug gaan kijken naar de maatregelen die waren ingevoerd en hebben gekeken wat noodzakelijk was en of werkwijzen anders kunnen (Hoofd Medisch Ondersteunend Zorgbedrijf).

Ook in de politiek is het doorgedrongen en werd positief geantwoord door de Inspectie over het feit dat het Havenziekenhuis het incident proactief heeft aangepakt en anders heeft gereageerd dan andere ziekenhuizen. Het ziekenhuis hielp bij de verzekeringsprocedure met het verzamelen van bewijslast, zodat de patiënt optimaal geholpen werd als er een klacht werd ingediend. Er is nooit een klacht ingediend.

Wel geeft de Anesthesiemedewerker aan dat het ziekenhuis in gebreke is gebleven door nooit meer terug te komen op het incident bij het betrokken personeel, nadat alles achter de rug was. Hier was blijkbaar wel behoefte aan. Het kan zijn dat door framing het incident toen heel actief is aangepakt, maar zijn ze er later niet op alle punten even actief mee doorgegaan. De routine sloop er misschien weer een beetje in en zo ook de nazorg voor het personeel.

De externe onderzoekscommissie is wel blij met de manier waarop het Havenziekenhuis met de kwestie is omgegaan. De belangrijkste stappen waren hierin



gemaakt. Zo zijn de directeur en de Medisch coördinator anesthesiologie twee jaar lang door Nederland gereisd om lezingen te geven over kwaliteit en veiligheid. Met betrekking tot de kwaliteit en veiligheid in het Havenziekenhuis is er sinds 2008 een aantal dingen veranderd. Er wordt aangegeven door de directie en het personeel dat het ziekenhuis hier van heeft geleerd. Zo heeft het ziekenhuis het veiligheidsbeleid aangescherpt en verzwaarde checks ingevoerd rond het operatieve proces. Vooral is er meer alertheid gekomen op onveilige zaken en heeft het geholpen om meer gestructureerd te kijken naar kwaliteit en veiligheid. Zo staat veiligheid bovenaan de agenda bij managementvergaderingen, zijn er sirene acties en is er een speciale werkgroep patiëntveiligheid opgericht. Het Kingdon model (1984) geeft drie stromen van 'problem', 'policy' en 'politics' aan die bij elkaar komen en een verandering optreedt. Zo ook bij het Havenziekenhuis is door het incident veiligheid bovenaan de agenda gekomen.

Er zijn interne audits om te kijken of de zaken gaan zoals afgesproken. Ook wordt geprobeerd mensen op de werkvloer verbeteringen te laten doen. Dit wordt gestimuleerd door bijvoorbeeld een veiligheidsweek en veiligheidsrondes. Er zijn VIM teams opgericht, waarbij goed gelet wordt op de samenstelling. Niet iedereen is van mening dat er veel veranderd is met betrekking tot kwaliteit en veiligheid, maar spreekt de Teamleidster van de OK over schijnveiligheid van protocollen. De protocollen moeten namelijk wel op de juiste manier toegepast worden. Deze schijnveiligheid geeft Reason (2001) ook aan.

Rondom het propofol incident zelf, is weinig documentatie terug te vinden in het Havenziekenhuis. Er staat in het jaarbericht 2008 een stukje geschreven, waarin de zaak werd uitgelegd. OK-procedures en richtlijnen zijn aangepast. In de jaarverantwoording zorginstellingen 2008 wordt een terugblik van het jaar gegeven waarin wordt aangegeven hoe ze met de calamiteit zijn omgegaan. De oorzaak werd hier niet gegeven, alleen de genomen maatregelen na de calamiteit. In het jaarbericht 2009 wordt aangegeven dat het Havenziekenhuis kwalitatief goed functioneert en blijkt dit ook uit de onderzoeken van de IGZ. Ook staan de verbeteringen in samenwerking, communicatie en definiëren van verantwoordelijkheid er in beschreven. Zo zijn in 2009 grote stappen gezet met betrekking tot patiëntveiligheid, zoals het uitwerken van de landelijke VMS thema's, Sirene acties en de samenwerking met Vopak is verder uitgewerkt.

Na een bezoek van de inspectie in 2009 is een plan van aanpak geschreven met betrekking tot de problematiek die toen aan het licht kwam. Er was onvoldoende samenhangend beleid en sturing ten opzichte van het operatieve zorgproces. De IGZ kwam met de vraag voor een integrale procesmatige benadering. Dit was echter geen gemakkelijke opgave, maar betekende wel een versnelling van meerdere trajecten die vroegen om meer structuur in de aanpak van veiligheid. Het ziekenhuis heeft na het incident deze werkwijze goed aangepakt, maar met betrekking tot andere veiligheidskwesties was dit proces nog niet

geborgd en hebben ze het niet doorgevoerd naar andere processen. Dit is toen breder aangepakt en is gewerkt aan cultuurverandering en gedragsverandering van professionals. Door middel van implementatieteams is er aandacht besteed aan het aanscherpen van het gehele zorgproces voor de patiënten die een operatie ondergaan en de samenwerking van professionals in deze keten. In het jaarbericht 2011 zien we een groot aantal verbeteringen met betrekking tot kwaliteit en veiligheid in het Havenziekenhuis en ziet de IGZ deze verdere ontwikkelingen met vertrouwen tegemoet. Het ziekenhuis heeft kwaliteit en veiligheid hoog op de agenda staan.

#### **4.5. Processen van framing en reframing**

In deze paragraaf worden processen van framing en reframing van het propofol incident in het Havenziekenhuis beschreven.

Er zijn verschillende mogelijkheden om frames te analyseren, bijvoorbeeld door te letten op metaforen, verhalen, tradities en slogans. Daarnaast vindt framing plaats binnen een bepaalde context. Schön & Rein (1994) onderscheiden 'retorische frames' en 'actie frames'. Tijdens de crisis in het Havenziekenhuis ziet de directie het eerder als een incident dan als een crisis, wat al een bepaalde lading geeft aan de gebeurtenis. Er wordt vooral vanuit een frame van waarborgen van veiligheid naar gekeken, met name patiëntveiligheid. Er wordt gekeken vanuit een overkoepelend frame van systeembenadering. De systeembenadering blijkt ook door het doen van intern en extern onderzoek en de samenwerking met Vopak. Het probleem wordt gedefinieerd, de oorzaak gezocht, een oordeel geveld en een oplossing gezocht. Openheid en het nemen van verantwoordelijkheid staan centraal. Dit wordt ook uitgedragen naar het personeel en publiek. Het frame kan gezien worden als een soort veiligheidsdenken. Bijbehorende kernwaarden zijn, samenwerking, openheid, waarborging van de veiligheid van de patiënt, optimale behandeling van de patiënt en het nemen van verantwoordelijkheid.

Ten tijde van het incident is het personeel vooral bezig met het behandelen van de patiënt. Er wordt door een geïnterviewde gekeken vanuit een persoonsbenadering en bij anderen vanuit een systeembenadering. Zo werd voor het incident het systeemdenken niet goed toegepast en werd van tevoren geen risico-inventarisatie gemaakt. Er wordt ten aanzien van de bestaande werkwijze niet specifiek aan veiligheid gedacht, want het ging 20 jaar al zo. De werkwijze werd niet als risico gezien, totdat er iets fout gaat (Hoofd Kwaliteit & Veiligheid). Zo ook de sluiting van de OK wordt niet door iedereen goed opgevat, doordat ze geloven dat dit geen structurele fout is, maar een incidentele fout. Er wordt vaker gesproken over een crisis, wat aan kan geven dat het primaire proces het incident heftiger meemaakte. Hier was ook een sterke focus gericht op samenwerking en openheid. Zo zijn na het incident bijeenkomsten georganiseerd om de mensen dichterbij elkaar te brengen en elkaar te ondersteunen bij de verwerking van de impact van de gebeurtenis. Onderling is er veel over het incident gesproken en is een maatschappelijk werkster ingezet.

Frames kunnen ook met elkaar botsen en concurreren (Pick 2003). Ook met betrekking tot de persoonsbenadering is voor deze kwestie geprobeerd om het personeel door middel van veelvuldige communicatie dichterbij elkaar te brengen en in te laten zien dat het om een systeemfout ging. Dit is echter ook een manier van cultuur en is dit niet zo makkelijk om te vormen, wat achteraf ook niet is gebeurd. Zo is er nog een frame, waarbij

gekeken wordt vanuit de persoonsbenadering, maar wel met elementen van de systeembenadering.

Na het incident wordt meteen crisioverleg gepleegd over wat er moet gebeuren. Er worden meteen acties ondernomen om de veiligheid van de patiënt te waarborgen. Zaken die niet op orde waren, zoals werkwijzen, protocollen, richtlijnen en afspraken worden meteen aangepast. Daarnaast loopt er een aantal onderzoeken om uit te zoeken wat de oorzaak is en wat hieraan gedaan kan worden om in de toekomst een soortgelijk incident te vermijden. Ook tijdens dit crisioverleg waren in eerste instantie de mensen op zoek naar een schuldige. Vanuit een open houding is erop ingezet om vanuit een systeembenadering naar het incident te kijken. Ook nu zijn overleg, gezamenlijke besluitvorming, openheid, vertrouwen, communicatie belangrijke kernwaarden. Communicatie wordt op allerlei manieren gedaan om zoveel mogelijk mensen te kunnen inlichten. Dit ging niet meteen helemaal goed, maar na een communicatiefout is dit meteen rechtgezet en verbeterd. Er wordt vanuit de directie alles gedaan om de getroffen patiënten zo goed mogelijk te behandelen, zo ook met het inschakelen van een aansprakelijkheidsverzekeraar.

Ook lijkt er een onderliggend frame te zijn waarin gekeken wordt naar de reputatie van het Havenziekenhuis. De directeur geeft aan dat imago belangrijker is dan korte termijnwinst. Een kleinschalig ziekenhuis is financieel al moeilijk haalbaar, maar deze kleinschaligheid kan er wel voor gezorgd hebben dat de situatie niet verder is geëscaleerd. Zo helpt deze kleinschaligheid ook voor de informele sfeer binnen het ziekenhuis en de betrokkenheid. Daarnaast vallen dingen eerder op en kan hierdoor sneller actie worden ondernomen. Openheid en het nemen van verantwoordelijkheid worden als belangrijke uitgangspunten genoemd om het goed te doen en omgekeerd leidt een gebrek daaraan tot problemen en schade aan imago, maar ook financieel. De context bepaalt namelijk voor een groot deel hoe iets geframed wordt. De crisis binnen het Havenziekenhuis wordt niet alleen gezien als een negatieve gebeurtenis, maar ook als een eye opener en een leerzaam moment. Zo kun je van een negatieve situatie een positieve situatie maken. Het reframen van een gebeurtenis kan namelijk de context veranderen waarvan het afhankelijk is (Schön & Rein 1986). De crisis wordt dus niet alleen gezien als iets negatiefs, maar wordt ook gekeken naar de leermomenten die ze hier uit hebben gehaald.

De betrokkenheid en de verhoudingen tussen het management en personeel lijken beter te zijn geworden. Vooral de directie spreekt over positieve effecten. De vraag daarbij is ook of deze benaderbaarheid dan door het incident verbeterd is of altijd al goed was, wat een aantal personeelsleden aangeven.

De omgang met veiligheid is bij de meesten naar eigen zeggen veranderd, niet bij allemaal. Dit kan zijn doordat ze uit zichzelf al meer gefocust zijn op veiligheid. Ook heeft het bij sommigen een extra boost gekregen en zijn ze meer bezig met veiligheid dan voorheen.

Schön en Rein (1986) geven aan dat frames het politieke speelveld beïnvloeden. Tijdens het incident in het Havenziekenhuis werd landelijk de aandacht al steeds meer gebracht naar kwaliteit en patiëntveiligheid in de zorg. Hierdoor heeft het verloop van het incident en de verbetermaatregelen waarschijnlijk een boost gekregen, doordat de belangrijkheid van veiligheid en kwaliteit extra werd ingezien.

Negatieve situaties kun je ook omvormen tot positieve situaties. Zo blijkt dat een aantal het incident zien als een leermoment en dat er niet alleen een negatieve lading aan wordt gegeven. Volgens Schön & Rein (1994) kunnen frames doorbroken worden waardoor er 'reframing' plaatsvindt. Door het introduceren van nieuwe frames kunnen oude frames doorbroken worden en nieuwe concepten, interpretaties, overtuigingen, ideeën en kunnen leerprocessen ontstaan. Sinds het incident in 2008 is er met betrekking tot kwaliteit en veiligheid een aantal dingen veranderd in het Havenziekenhuis. Het ziekenhuis zegt hier van te hebben geleerd. Het veiligheidsbeleid is aangescherpt en zijn ze meer met veiligheid bezig dan voorheen. Onder andere staat veiligheid bovenaan de agenda, er zijn sirene acties, speciale werkgroepen voor patiëntveiligheid en interne audits. Rondom het propofol incident zelf is weinig documentatie terug te vinden. Documentatie over veiligheid in het algemeen binnen het Havenziekenhuis is meer terug te vinden. In 2009 is terug te zien dat veel gedaan is qua patiëntveiligheid als het uitwerken van VMS thema's en de samenwerking met Vopak. De IGZ komt echter in 2009 met de vraag voor een integrale procesmatige benadering. Hier is toen aan gewerkt. Zo is te zien in het jaarbericht 2011 van het Havenziekenhuis dat er een groot aantal verbeteringen getroffen is met betrekking tot de kwaliteit en veiligheid.

## **5. Conclusie**

In dit hoofdstuk wordt de probleemstelling beantwoord aan de hand van de antwoorden op de deelvragen. Er worden conclusies getrokken aan de hand van het theoretisch kader en de resultaten. De probleemstelling die beantwoord moet worden om tot een algehele conclusie te komen is: *“Hoe wordt de crisis in het Havenziekenhuis door directie en personeel geframed en wat heeft dit voor consequenties voor de wijze waarop het ziekenhuis leert van de crisis?”* Dit antwoord wordt in de conclusie gegeven.

Een frame is een manier waarop je naar een bepaalde gebeurtenis kijkt en de manier waarop je kijkt naar zo'n gebeurtenis bepaalt vaak ook de acties die je onderneemt. Ten tijde van het propofol incident keek de directie vooral vanuit een frame van veiligheidsdenken, waarin kernwaarden als openheid, gezamenlijke besluitvorming, overleg en nemen van verantwoordelijkheid centraal staan. De patiënten worden heel goed geïnformeerd en op de hoogte gehouden, net als het personeel. De manier waarop een crisis gecommuniceerd wordt is namelijk belangrijk om het niet verder te laten escaleren (Renn 1991). Het incident wordt door de directie benaderd vanuit de systeembenadering en kan gezien worden als een bijbehorend frame. De fout zit in het systeem, er waren een aantal gebeurtenissen achter elkaar, die voor een incident zorgden. Daarnaast speelt bij de directie reputatie ook een rol. Dit kan gezien worden als een onderliggend frame, want het handelen is dan niet alleen vanuit de patiëntveiligheid, maar ook vanuit het idee de reputatieschade te beperken. Over de aanpak van de directeur is iedereen positief. Ze staan achter zijn gevoerde beleid en deze aanpak was ook voor iedereen duidelijk. Een duidelijke visie is van belang voor de acties en handelingen die uitgevoerd moeten worden. Als de aanpak niet duidelijk is kan onenigheid over de uitvoering ontstaan. Er kan dan een strijd om framing plaatsvinden

Risico's kunnen op allerlei manieren bekeken worden. Het analyse framework van Moreira (2007) biedt een beschrijving tussen de relatie van gezondheidszorgbeleid en communicatie van crisis in de zorg. Door de media werd naar buiten gebracht dat het om een systeemfout ging. Het is makkelijker om een schuldige aan te wijzen, maar mede door de directeur werd er op gehamerd dat naar buiten moest worden gebracht dat er niet één iemand schuldig was. De oorzaak was door de meeste al voorspeld, de omgang echter niet. Aangezien de oorzaak op een gegeven moment duidelijk was, was er niet veel mogelijkheid tot verschillende interpretaties. Er was daarom snel consensus over het frame. Dit kan mede hebben gezorgd dat er niet of nauwelijks sprake is geweest van reputatieschade. De manier waarop je het risico, beoordeelt, managet, evalueert en communiceert, heeft ook invloed op de interpretatie en analyse.

Iedema (2010) geeft aan dat managers meer geneigd zijn een fout te openbaren en te analyseren, maar minder geneigd zich er voor te verontschuldigen. Dit is wel gebeurd in

het Havenziekenhuis en wijkt af van de onderzoeksresultaten van Iedema (2010). De managers en directie zien zichzelf als een oplossingsmechanisme, maar zijn daarnaast erg betrokken bij de patiënt. De professionals in het Havenziekenhuis voelen zichzelf verantwoordelijk en zoeken van daaruit naar iemand die een fout gemaakt heeft. Ze willen de fout wel analyseren, maar in eerste instantie wordt er gefocused op de gemaakte fout. Na het incident is door met professionals te praten en ze met elkaar te laten praten geprobeerd dit gedrag om te vormen, maar dit is niet helemaal gelukt. Dit kan ook gezien worden als een proces van reframing.

Het personeel is vooral bezig met het helpen van de patiënt en lijkt de crisis heftiger te hebben meegemaakt. Ook hier wordt vooral gekeken vanuit een frame van patiëntveiligheid. De patiënt staat voorop en er wordt zoveel mogelijk gedaan om zijn veiligheid te waarborgen. Openheid en verantwoordelijkheid staan ook hier centraal. Niet al het personeel kijkt vanuit een systeembenadering naar het incident. Ook wordt soms gekeken vanuit een persoonsbenadering. Dit kan aan cultuurverschillen liggen. Mede door de kleinschaligheid is er een grote betrokkenheid en informele sfeer in het ziekenhuis. Een onderliggend frame waaruit het personeel handelt is die van betrokkenheid bij de organisatie en directie. Ze willen er veel aan doen om 'hun' Havenziekenhuis goed uit de crisis te laten komen.

Na het incident lijken de verhoudingen tussen het management en personeel te zijn verbeterd. Niet iedereen is het daar mee eens en geeft aan dat dit altijd al goed was. Ook met de omgang van veiligheid. De meeste van de geïnterviewde zijn anders gaan kijken naar veiligheid, maar niet iedereen heeft dit zo ervaren. Doordat landelijk veiligheid al meer op de agenda kwam, kan het zijn dat hierdoor de omgang met veiligheid al steeds groter werd.

Met betrekking tot het leermoment heeft het Havenziekenhuis het incident goed aangepakt. Het incident is op drie manieren geanalyseerd. Er is bacteriologisch onderzoek, een case controle onderzoek en een incident analyse gedaan. De Tripod Betá Analyse is een retrospectieve analyse en is in samenwerking gedaan met Vopak. Dit om te leren van hun veiligheidsmanagement ervaringen. Na het incident in het Havenziekenhuis heeft het veiligheidsbeleid een boost gekregen. Verschillende acties zijn ondernomen, zoals het aanpassen van het operatief proces, nieuwe protocollen, nieuwe werkwijzen en afspraken. Buse et al. (2009) geeft aan dat stromen bewegen totdat ze op een bepaald punt bij elkaar komen en een kwestie ineens wel serieus wordt genomen. Zo ook het op de agenda zetten van patiëntveiligheid na het incident. Er werd zelfs zoveel op ingezet dat de kosten die daarbij hoorden ook te hard stegen. Reason (2001) geeft aan dat te veel veiligheid kan zorgen voor onveilige situaties. In het Havenziekenhuis moesten compromissen gesloten worden om zowel veilig als kostenbewust te werken. Belangrijk is hierbij om risico inventarisaties te maken. Er is toen vooral een focus geweest op het operationele proces en is

gekeken naar welke maatregelen overbodig of te duur waren en niet direct bijdroegen aan de veiligheid. Het ging om een perspectief gezien vanuit patiëntveiligheid om de tijd die overbodig is te gebruiken voor de patiënt en een perspectief vanuit kostenbeheersing. Er is toen gekeken naar welke werkwijzen noodzakelijk waren en of deze werkwijzen anders konden. Naast het op de agenda zetten hangt het ook nog af wat voor betekenis wordt gegeven aan patiëntveiligheid. Er zijn meerdere factoren die op dit thema inspelen, zoals fouten, incidenten, klachten, complicaties, professionele standaard. In het Havenziekenhuis zie je dit terug door het Meerjarenbeleid voor patiëntveiligheid. Ook dat zij werken aan het VMS en de protocollering na het incident.

In de periode na het incident is veel aan veiligheid gedaan. Meteen na het incident is de werkwijze met propofol aangepast en zijn speciale trainingen gegeven om de medewerkers hiervan op de hoogte te brengen. Er is qua documentatie niet veel terug te vinden over het incident. Er werd positief gereageerd op de aanpak van het ziekenhuis met betrekking tot het incident, door onder andere de IGZ. Het veiligheidsbeleid is na het incident flink aangescherpt. De IGZ geeft echter in 2009 aan dat ze een integrale procesmatige benadering toe gaan passen in het ziekenhuis. Dit was geen gemakkelijke opgave en hier is toen aan gewerkt en heeft het IGZ in 2011 laten weten dat zij de verdere ontwikkelingen met vertrouwen tegemoet zien.

Het reframen van een gebeurtenis kan de context veranderen waarvan het afhankelijk is (Schön & Rein 1986). De crisis wordt niet alleen gezien als iets negatiefs, maar ook wordt gekeken naar de leermomenten. Hoe een crisis geframed wordt bepaalt de manier waarop er mee wordt omgegaan. De percepties van deze crisis bepalen de acties die genomen worden. Deze acties hangen af van de normen en waarden van de persoon en de context waarin de crisis is ontstaan. Artsen en het management kunnen anders naar patiëntveiligheid of een crisis kijken. Frames kunnen tijdens een crisis verschuiven, doordat onder andere de oorzaak en afhandeling mensen een andere kijk op de crisis kunnen geven. Voorspelbaarheid van een crisis, de grootte van het risico, het risico management, de evaluatie en de communicatie bepalen ook een groot deel hoe op de crisis gereageerd wordt en welke acties worden ondernomen. En kan ervoor zorgen dat escalatie van de crisis uitblijft.

De manier waarop er naar patiëntveiligheid gekeken wordt bepaalt ook hoeveel waarde gehecht wordt aan het onderwerp. De manier waarop je naar patiëntveiligheid kijkt bepaalt voor een groot deel welke invulling je hier aan geeft en welke belangen je hier aan hecht. Zo spelen thema's een grote rol. In Nederland zijn er de laatste tijd veel thema's met betrekking tot patiëntveiligheid. Een crisis kan zo fungeren om veiligheid op de agenda te zetten, zodat de organisatie hier een specifieke invulling aan kan geven. Zo deed het Havenziekenhuis dit ook.



## **6. Discussie**

In dit hoofdstuk worden met betrekking tot het onderzoek discussiepunten gegeven en zullen aanbevelingen gedaan worden voor vervolgonderzoek.

### **6.1 Beperkingen**

Met betrekking tot de geïnterviewden is het aantal niet representatief voor de gehele organisatie. In het Havenziekenhuis werken zo'n 700 medewerkers, waaronder 40 medisch specialisten. Een aantal van 13 geïnterviewden is daarom niet erg generaliseerbaar, voor één ziekenhuis binnen één land. Wel is geprobeerd om de mensen te spreken die ten tijde van het incident betrokken waren.

Met betrekking tot de geïnterviewden uit het primaire proces en de directie is gekeken of dit zo gelijk mogelijk verdeeld kon worden, zodat er van allebei evenveel informatie vergaard kon worden. Daarnaast is het ziekenhuis kleinschalig en is dit lastig om als vergelijkingsmateriaal te gebruiken voor grotere ziekenhuizen.

Tijdens de interviews bleek vrijwel iedereen het incident vanuit de systeembenadering te bekijken. De vraag is of er mensen zijn die niet zo erg betrokken zijn geweest bij het incident een andere mening hierover zouden hebben, wellicht doordat zij niet alle informatie hebben. Daarnaast kan er ook sprake zijn van cultuurverschillen tussen professionals en managers/directie.

Als we kijken naar de documentanalyse is er van het incident niet veel terug te vinden. Dit kan zorgen voor een vertekend beeld. Het was niet duidelijk of er nog papieren documentatie beschikbaar was om in te zien. Als er meer documentatie was, kon er meer vergeleken worden en konden argumenten van de geïnterviewden meer onderbouwd worden. Ook het boek 'Onder Zeil' zou de meningen van de geïnterviewden gekleurd kunnen hebben. Veel zien het boekje als 'de waarheid'. Daarnaast is het een hele tijd geleden dat het incident zich heeft voorgedaan en kan het zijn dat de meningen en zienswijzen in de loop der jaren veranderd zijn en kunnen gebeurtenissen verkeerd geplaatst worden in tijd.

Het Havenziekenhuis heeft in 2007 een nieuwe directie gekregen, die de samenwerking met het Erasmus MC verder heeft vormgegeven. Zo zijn in 2008 nog onvoldoende geïmplementeerde uitgangspunten van de reorganisatie en is daarom een aanpassing van besturing voorbereid. Hier waren in 2008 voorbereidingen voor gedaan om tot verbetering van besturing te komen. Het kan zijn dat hierdoor sowieso de dingen structureel beter aangepakt zouden worden en dat het niet door het incident of de landelijke ontwikkelingen met betrekking tot kwaliteit en veiligheid kwam.

Daarnaast is het reconstrueren van frames niet gemakkelijk. Het is lastig om in de tijd terug te kijken en na te gaan welk frame onderliggend is aan de institutionele beleidspositie van de actor. Het incident speelde zich 4 jaar geleden af. Voor de geïnterviewden is het

lastig om deze periode precies voor de geest te halen en in detail na te vertellen. Zo kan een vertekend beeld worden gegeven. Dit doordat hun eigen beeld beïnvloed kan zijn door andere actoren en gebeurtenissen door de jaren heen. Het kan zijn dat de actiepatronen afwijken van de publieke uitingen van beleidsmakers, maar dit is echter niet terug te zien. Het kan echter wel zijn dat legitimiteit gezocht wordt in acties die eigenlijk geïnspireerd zijn door andere intenties. Zo kan het zijn dat doordat de reputatie van het ziekenhuis hoog moet worden gehouden ze deze maatregelen nemen. Daarnaast kan het ook zo zijn dat een actie consistent is met verschillende frames of een actie afwijkt. Ook onderscheid tussen conflicten tussen frames of binnen frames zijn moeilijk te onderscheiden. Zo kan het frame van de professionals die richting de persoonsbenadering zat wel kijken vanuit de persoonsbenadering, maar werken vanuit een systeembenadering. De vraag is ook of het dan gaat om een verschuiving van een frame of een potentiële verschuiving.

### **6.2 Aanbevelingen vervolgonderzoek**

Sinds het incident in 2008 zijn er nieuwe werknemers gekomen in het Havenziekenhuis. Een onderzoek zou zich kunnen richten om te kijken of er personen zijn die na het incident in het Havenziekenhuis zijn komen werken te ondervragen of zij iets merken van het incident in de werkwijze die gehanteerd wordt in het ziekenhuis. De vraag is dan ook in hoeverre de benadering die gehanteerd is door de betrokkenen ook wordt doorgevoerd naar personen die niet betrokken waren bij het incident. Daarnaast kan gekeken worden in hoeverre VIM meldingen zijn gedaald of gestegen sinds het incident en in hoeverre hier iets mee gedaan wordt. Ook kan nog gekeken worden naar een groter ziekenhuis of academisch ziekenhuis. De kleinschaligheid van het ziekenhuis kan er mede voor gezorgd hebben dat de afhandeling op deze manier 'goed' is afgelopen, maar is in een groter ziekenhuis misschien een lastigere zaak. Vergelijking zou dan getrokken kunnen worden met het Havenziekenhuis en een groter ziekenhuis.

### **6.3 Aanbevelingen voor de praktijk**

Het framen van een crisis kan per persoon verschillen. Een belangrijk punt is om binnen het ziekenhuis overeenstemming te krijgen over de oorzaak en afhandeling. Als die er niet is kan een strijd om framing ontstaan. Daarnaast is de manier waarop je dit doet van belang, zowel binnen als buiten de organisatie. Probeer daarom duidelijk en open te zijn over de crisis en neem verantwoordelijkheid. Met betrekking tot kwaliteit en veiligheid binnen het ziekenhuis is het ook van belang dat er een duidelijke visie is. Ook is het belangrijk om het personeel zelf met verbetermaatregelen te laten komen. Geef de belangrijkheid van patiëntveiligheid binnen de organisatie aan en betrek het personeel hier in. Zorg bij het waarborgen van de veiligheid dat er risico-inventarisaties gemaakt worden als er bezuinigingen moeten worden gedaan.

Probeer daarnaast niet alleen retrospectief, maar ook prospectief naar incidenten te kijken. Zorg dat je voorbereid bent als er een crisis zich voordoet.

### **Literatuurlijst**

2009. Waarschuwing propofol [internet]. IGZ 2012 [aangehaald op 20-05-2012]. Bereikbaar op: <http://www.igz.nl/actueel/nieuws/waarschuwingpropofol.aspx>

2011. Jaargesprek Havenziekenhuis te Rotterdam. IGZ, 14-02-2011.

2012. Algemeen document. Continuïteitsplan Interne calamiteiten. Havenziekenhuis 2012.

2012. 'Begrippenkader Patiëntveiligheid' [internet]. Onderzoekscentrum Safety 4 Patients [aangehaald 02-04-2012]. Bereikbaar op: <http://www.onderzoekpatientveiligheid.nl/begrippenkader.htm>

2012. Toepassing propofol, herzien advies [Internet]. Inspectie voor de Gezondheidszorg, 27-04-2012 [Aangehaald op 04-06-2012]. Bereikbaar op: <http://www.igz.nl/zoeken/document.aspx?doc=Circulaire+propofol&docid=1325>

2012. Ziekenhuizen – Havenziekenhuis [Internet]. KiesBeter.nl 2012 [Aangehaald op 20-05-2012]. Bereikbaar op: <http://www.kiesbeter.nl/zorgverleners/ziekenhuizen/detail/havenziekenhuis/>

2012. Havenziekenhuis Rotterdam [Internet]. Havenziekenhuis, 2012 [Aangehaald op 20-05-2012]. Bereikbaar op: <http://www.havenziekenhuis.nl/index.php>

Boeije, H. 2005. *Analyseren in kwalitatief onderzoek, denken en doen*, Boomonderwijs.

Buikema, Matthijs. 2011. *Onder Zeil: Reconstructie van een medische fout*. Zin Publishing.

Buse, K. Mays, N. Walt, G. 2005. *Making Health Policy*. London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Dankaart, D. 2007. Tripod Beta - De vergeten stap [Internet]. Shell Nederland Chemie. 2012 [Aangehaald op 03-06-2012]. Bereikbaar op: <http://www.veiligheidskunde.nl/stream/congres2007c02vduurenppr>

Denham, C.R. 2010. The Missing Safe Practice. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 36 (4):149-150.

Dulmen, van S. 2004. De helende werking van het arts-patientcontact. *Huisarts en Wetenschap* 44 (11):194-198

Edmondson, A.C. 2004. Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. *Qual Saf Health Care* 13: 113-119

Edmondson, A.C & Tucker, A.L. 2003. Why Hospitals Don't Learn from Failures: Organizational and Psychological Dynamics that Inhibit System Change. *California Management Review* 45 (2): 55-72

Fairhurst, G. & Star, R. (1996). *The art of Framing*. San Francisco: Jossey-Bass.

Havenziekenhuis. 2008. Jaarbericht 2008 [Internet]. Havenziekenhuis 2012 [aangehaald op 02-06-2012]. Bereikbaar op: <http://www.havenziekenhuis.nl/?q=content/jaardocument>

Havenziekenhuis. 2008. Jaarverantwoording zorginstellingen 2008. Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten BV te Rotterdam.

Havenziekenhuis. 2009. Plan van aanpak naar aanleiding van brief inspectie 2009. Havenziekenhuis, 09-11-2009.

Havenziekenhuis. 2009. Jaarbericht 2009 [Internet]. Havenziekenhuis 2012 [aangehaald op 02-06-2012]. Bereikbaar op: <http://www.havenziekenhuis.nl/?q=content/jaardocument>

Iedema, Rick. 2010. Attitudes toward error disclosure need to engage with systems thinking. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 36(3):99-100

Inspectie voor de Gezondheidszorg. 2009. Plan van aanpak operatief proces. Brief aan de directie van het Havenziekenhuis. IGZ, 10-12-2009.

Klein, J. 2010. Tussen de modder van de praktijk en de schone wetenschap. oratie, iBMG, Erasmus University Rotterdam, Rotterdam.

Klein, J. Et al. 2010. Postoperatieve infectie door gecontamineerde propofol. *Nederlands Tijdschrift van de Geneeskunde* 154(A767): 1-4

Leape, L.L. 2010. Who's to Blame? *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 36 (4):150-151.

Moreira, J.P. 2007. A framework for responsive health policy and corporate communication. selected or clearly presented. *Corporate Communications: An International Journal* 12 (1): 8-24.

Pick, D. 2003. Framing and Frame shifting in a higher education merger. *Tertiary Education and Management* 9: 299–316.

Reason, J.T. 1997. *Managing the Risk of Organisational Accidents*. Ashgate, Aldershot.

Reason, J.T. 2001. Understanding adverse events: the human factor. *Clinical Risk Management: Enhancing Patient Safety*. 2<sup>nd</sup> edition. BMJ Books, London.

Renn, Ortwin. 1991. Risk communication and the social amplification of risk. In *Communicating Risks to the Public*, edited by R. E. Kasperson and J. P. M. Stallen. Dordrecht et.: Kluwer Academic Publishers, pp. 287-324.

Rein, M. & D.A.Schön, Frame-Reflective Policy Discourse, in: *Beleidsanalyse*, 1986, nr. 4, pp. 4-18.

Rein, M. & Schön, D.A. 1994. *Frame reflection: Toward the resolution of intractable policy controversies*. Basic Books. New York.

Rein, M. (1983). Value-Critical Policy Analysis. In D. Callahan & B. Jennings (eds), *Ethics, The Social Sciences and Policy Analysis*. New York: Plenum Press, 83–111.

Vincent, C. 2010. Patient Safety. BMJ Publishing Group Limited

Smetzer, J. Baker, C. Byrne, F.D. Cohen, M.R. 2010. Shaping Systems for Better Behavioral Choices: Lessons Learned from a Fatal Medication Error. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 36 (4):152-163.

### Geïnterviewde personen

1. Directeur. 2012. Persoonlijke communicatie d.m.v. een interview, 24-04-2012. Havenziekenhuis, Rotterdam.
2. Hoofd Communicatie en Marketing. 2012. Persoonlijke communicatie d.m.v. een interview, 24-04-2012. Havenziekenhuis, Rotterdam.
3. Hoofd Medisch Ondersteunend Zorgbedrijf. 2012. Persoonlijke communicatie d.m.v. een interview, 24-04-2012. Havenziekenhuis, Rotterdam.
4. Directiesecretaresse. 2012. Persoonlijke communicatie d.m.v. een interview, 24-04-2012. Havenziekenhuis, Rotterdam.
5. Hoofd Kwaliteit & Veiligheid/Directiesecretaris. 2012. Persoonlijke communicatie d.m.v. een interview, 26-04-2012. Havenziekenhuis, Rotterdam.
6. Destijds Voorzitter Vereniging Medische Staf. 2012. Persoonlijke communicatie d.m.v. een interview, 26-04-2012. Havenziekenhuis, Rotterdam.
7. Algemeen Manager en voorzitter regieteam operationele processen. 2012. Persoonlijke communicatie d.m.v. een interview, 14-05-2012. Havenziekenhuis, Rotterdam.
8. Anesthesiemedewerker. 2012. Persoonlijke communicatie d.m.v. een interview, 15-05-2012. Havenziekenhuis, Rotterdam.
9. Teamleider OK. 2012. Persoonlijke communicatie d.m.v. een interview, 15-05-2012. Havenziekenhuis, Rotterdam.
10. Intensivist. 2012. Persoonlijke communicatie d.m.v. een interview, 30-05-2012. Havenziekenhuis, Rotterdam.
11. IC-Verpleegkundige. 2012. Persoonlijke communicatie d.m.v. een interview, 30-05-2012. Havenziekenhuis, Rotterdam.
12. Destijds Medisch coördinator anesthesiologie en Anesthesioloog<sup>3</sup>. 2012. Persoonlijke communicatie d.m.v. een interview, 01-06-2012. Erasmus Universiteit, Rotterdam
13. Uroloog. 2012. Persoonlijke communicatie d.m.v. een interview, 04-06-2012. Havenziekenhuis, Rotterdam.

---

<sup>3</sup> In de gehele scriptie gaat het over de destijds Medisch coördinator anesthesiologie en Anesthesioloog van het Havenziekenhuis als hiernaar gerefereerd wordt.

## Bijlage 1

### Het Havenziekenhuis

Het Havenziekenhuis is een klein ziekenhuis (160 bedden) dat sinds 2006 onderdeel is van het Erasmus MC, maar daarbinnen een zelfstandige positie heeft. Het Havenziekenhuis in 2007 begonnen met een nieuwe directie, die de samenwerking met het Erasmus MC verder heeft vormgegeven. In 2008 zijn de nog onvoldoende geïmplementeerde uitgangspunten van de reorganisatie in 2004 beter neergezet en is een aanpassing van besturing voorbereid. Binnen het middenkader waren deze persoonlijke gevolgen direct merkbaar. Het was de bedoeling te komen tot een verbetering van besturing. In 2008 zijn voor de nieuwe structuur met ingang van 1 januari 2009 voorbereidingen gedaan (Jaarverantwoording Havenziekenhuis 2008). De medewerkers van het Havenziekenhuis hebben samen de kernwaarden van het ziekenhuis bepaald en deze zijn mede naar aanleiding van het thema 'zorg met aandacht' vertaald in 2010. Kernwaarden zijn 'betrokken & betrouwbaar' en 'toegankelijk & samen'. Er zijn afspraken gemaakt over de manier waarop zij met elkaar, patiënten, bezoekers en andere relaties om willen gaan en zo zijn zeven kenmerken hiervoor omschreven. Zij benaderen de patiënt zoals zij zelf benaderd willen worden; vriendelijk en respectvol. Daarnaast zijn ze oplossingsgericht en nemen ze verantwoordelijkheid voor hun werk. Ze zorgen voor een veilige omgeving, doen wat ze zeggen en zeggen wat ze gaan doen en maken tijd voor aandacht. Ze zijn gastvrij en staan open voor de mening van anderen (Havenziekenhuis 2012). Er heerst een informele sfeer en cultuur in het ziekenhuis (Havenziekenhuis 2012; Directeur). Zo wordt in het Havenziekenhuis feedback gegeven aan elkaar (Buikema 2011). De meeste artsen spreken elkaar aan als ze iets zien wat fout is, of als iets bijvoorbeeld niet goed loopt. Ook zijn ze bereid te leren en delen ervaringen en kennis om zo het gezamenlijk resultaat beter te maken (Havenziekenhuis 2012).

In het jaarbericht 2008 van het Havenziekenhuis staat de in 2004 geformuleerde missie:

“Het Havenziekenhuis en Instituut voor Tropische Ziekten B.V. is een thuishaven voor wereldburgers, Rotterdammers, zeelieden en binnenschippers. Het is een ondernemend ziekenhuis dat met name toegankelijke planbare basiszorg levert als dochter van het Erasmus MC. Het Havenziekenhuis heeft daarnaast specifieke kennis op het gebied van tropengeneeskunde/reizigersziekten en verleent advies voor, tijdens en na het verblijf in het buitenland.”

Deze missie is samen met het Erasmus MC opgezet, maar geeft weinig specifiek een focus wat ze wil bieden. Dit heeft sinds 2004 meer vorm gekregen en is uitgewerkt in drie speerpunten. Deze gaan over basiszorg met een planbaar karakter, tropen- en



reizigersziekten en de zorg voor de oudere patiënt. Er loopt een rode draad door al het denken en doen in het Havenziekenhuis. Deze zijn kwaliteit, veiligheid en samenwerking. Zo is een aantal belangrijke thema's: kwaliteit & veiligheid, veilig werken, communicatie, samen met externe partijen, automatisering en medische ontwikkelingen (Jaarbericht 2008).

Het Havenziekenhuis besteed volgens het beleidsplan 2012 veel aandacht aan patiëntveiligheid. Van belang is dat patiënten zich veilig voelen en men wil de zorg zo veilig mogelijk laten verlopen. Ze volgen landelijke ontwikkelingen en bestuderen eigen prestaties op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Op deze manier wordt gekeken of er projecten zijn die van belang zijn voor de verbetering van de patiëntveiligheid in het Havenziekenhuis. Ze nemen verantwoordelijkheid voor tijdige herkenning en bewaking van patiëntveiligheid en daarbij is openheid van groot belang. Medewerkers worden gestimuleerd alles te melden wat kan zorgen voor een verbetering in de gegeven zorg. Dit wordt onder andere gedaan via het Veilig Incidenten Melden (VIM) systeem. Van deze informatie kunnen zij leren en hiermee verbeteringen doorvoeren. Ze werken samen met andere ziekenhuizen op het gebied van patiëntveiligheid in een regionaal samenwerkingsverband. Het leren van elkaars ervaringen, verspreiden van goede voorbeelden en invoeren van het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) in 2007 staat hierbij centraal. Daarnaast leert het ziekenhuis van andere sectoren zoals de luchtvaart en de petrochemische industrie. Zo is het ziekenhuis sinds 2007 een samenwerkingsverband met Vopak op het gebied van Veiligheid en Gezondheid aangegaan (Havenziekenhuis 2012). Vopak is een wereldwijde onafhankelijke opererende tankterminal operator, die gespecialiseerd is in de opslag en overslag van vloeibare en gasvormige chemie- en olieproducten. Dit bedrijf heeft al veel ervaring in de omgang met veiligheid en is veiligheid prioriteit één. Het Havenziekenhuis wil door de samenwerking met Vopak leren van hun ervaring in veiligheidsmanagement (Directeur).

## Bijlage 2

### Opzet topiclijst interviewvragen

1. Hoe is de calamiteit volgens u ontstaan?
2. Hoe kijkt u aan tegen wat er is gebeurd?
3. Wie waren de belangrijkste actoren en hoe is hiermee omgegaan?
4. Hoe is met degene die betrokken waren omgegaan?
5. Hoe is met de patiënten/familie omgegaan?
6. Hoe is met de inspectie omgegaan?
7. Hoe is met de media omgegaan?
8. Welke maatregelen werden getroffen?
9. Hoe werd de calamiteit geanalyseerd?
10. Wat is hier uit gekomen?
11. Wat is er met deze uitkomsten gedaan?
12. Hoe is dit binnen de organisatie gecommuniceerd?
13. Hoe is er op de afdeling mee omgegaan?
14. Welke consequenties heeft het gehad voor het ziekenhuis met betrekking tot kwaliteit en veiligheid?
15. Welke consequenties heeft het gehad met betrekking tot verhoudingen tussen managers en professionals?
16. Wat zag u van het incident terug binnen de organisatie of afdeling?
17. Ziet u veranderingen in hoe het personeel omgaat met veiligheid?
18. Gaat u zelf anders om met veiligheid?