

Ik meld veilig of ik meld niet



Een onderzoek naar het effect van het Sneller Beter project Veilig Incident Melden op de veiligheidscultuur en het meldgedrag van zorgprofessionals in het Erasmus MC te Rotterdam

Afstudeerscriptie Master Zorgmanagement
Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
Faculteit Geneeskunde en Algemene Gezondheidswetenschappen
Erasmus Universiteit Rotterdam
Joyce Bakker, BSc.
Studentnummer: 197945
Rotterdam 2007
Afstudeerbegeleider iBMG: Prof. Dr. R.A. Bal
Meelezer iBMG: Dr. A.P. Nieboer

Voorwoord

De afstudeerscriptie die voor u ligt, is het resultaat van het onderzoek dat is uitgevoerd in het kader van de Master Zorgmanagement (ZOMA) van de studie Beleid en Management in de Gezondheidszorg.

Afstuderen aan de universiteit, een geweldig resultaat om te bereiken, maar tegelijkertijd ook een beetje een eng idee. Na het beschermde leventje als student ga ik nu de arbeidsmarkt betreden, waar ik alle kennis en bagage die ik de afgelopen jaren heb opgedaan, in de praktijk zal gaan brengen. Ik kijk met een tevreden blik en veel plezier terug op mijn studententijd die ik nu achter me ga laten en ik kijk met een frisse blik en vol goede moed vooruit naar de toekomst.

De mogelijkheid om een studententijd te beleven, heb ik te danken aan mijn ouders die het voor mij mogelijk hebben gemaakt te gaan studeren. Het plezier dat ik tijdens mijn studententijd heb beleefd, dank ik aan vriendinnen en vrienden, huisgenoten en studiegenootjes. De afgelopen periode ben ik geholpen en bijgestaan door een aantal mensen die ik graag op deze manier wil bedanken. Mijn dank gaat uit naar prof. dr. Roland Bal, mijn afstudeerbegeleider. Zijn kennis, enthousiasme en heldere blik op het onderwerp hebben me erg geholpen tijdens het schrijven van mijn scriptie. Mijn collega's van het Erasmus MC wil ik danken voor hun steun en medeleven tijdens deze periode. Anna Nieboer, Els van der Wilden, Sharon van der Ent en Jolanda Dwarswaard dank ik voor het meelesen van deze scriptie en voor het geven van hun eerlijke maar kritische feedback. Ik heb daar heel veel aan gehad. Mijn vriend Aic dank ik voor het geven van het zetje in de rug die ik af en toe nodig had, voor de ondersteuning gedurende mijn studie en voor het onvoorwaardelijk vertrouwen in mij.

Joyce Bakker

's-Hertogenbosch, augustus 2007

Samenvatting

Patiëntveiligheid krijgt steeds meer aandacht in de Nederlandse gezondheidszorg. Het is een thema binnen alle drie de pijlers van Sneller Beter, het landelijk programma dat in 2003 door het ministerie van VWS is gestart met als doel een verbetering van transparantie, doelmatigheid en kwaliteit van zorg. Het project Veilig Incident Melden (VIM) is een project binnen Sneller Beter waarbij centraal staat *hoe* het komt dat een incident is voorgevallen en niet door *wie* het komt. Incidentmelden moet een logisch en vast onderdeel van het werk worden. Het probleem is dat zorgprofessionals door de huidige ‘shaming and blaming’ cultuur in ziekenhuizen angst hebben om hun incidenten te melden. Om het VIM project goed te laten slagen moet er sprake zijn van een ‘blame free’ cultuur oftewel een veiligheidscultuur. Het Erasmus MC, één van de Sneller Beter ziekenhuizen, is in januari 2007 gestart met het VIM project. In deze afstudeerscriptie wordt onderzocht of het VIM project effect heeft op het meldgedrag van de artsen, arts-assistenten en verpleegkundigen in het Erasmus MC en of er sprake is van een veiligheidscultuur. De volgende onderzoeksvraag wordt hierbij gehanteerd: *Wat is het effect van het project Veilig Incident Melden (VIM) op de veiligheidscultuur en het meldgedrag van artsen, arts-assistenten en verpleegkundigen in het Erasmus MC?*

Een mixed methods-onderzoek is gekozen om deze onderzoeksvraag te beantwoorden. Een casestudy is uitgevoerd naar het meldgedrag en de veiligheidscultuur op verschillende afdelingen. Semi-gestructureerde interviews zijn gehouden en beleidsdocumentenonderzoek is gedaan. Tevens zijn kwantitatieve gegevens gebruikt om te kijken naar verandering in het meldgedrag van artsen en verpleegkundigen. Ook is een praktijksituatie uit het Erasmus MC-Sophia weergegeven dat als best practice situatie gezien kan worden.

De resultaten van dit onderzoek gaan in op de verschillende aspecten van ‘veilig’ melden die aan de hand van de theorie zijn opgesteld in een conceptueel model. Op basis van de resultaten kan geconcludeerd worden dat het effect van het VIM project op de veiligheidscultuur en het meldgedrag van verpleegkundigen merkbaar is. Incidentenmelden leeft bij deze beroepsgroep. Bij artsen en arts-assistenten is nog geen duidelijk effect zichtbaar. Dit zou verklaard kunnen worden door het feit dat het project nog maar kort draait. Bij artsen leeft incidentmelden ook maar zij vergeten nog wel eens te melden, ook bestaat er niet altijd een urgentiegevoel en wordt niet altijd het goede voorbeeld gegeven. Tevens bij artsen die werkzaam zijn op VIM-afdelingen is dit het geval. Arts-assistenten, ongeacht VIM- of niet VIM-afdeling, melden vrijwel niet, ervaren geen urgentiegevoel en geven zelf aan prioriteiten elders te leggen. Een effect van het project VIM is bij arts-assistenten niet merkbaar.

Summary

Patient safety has been receiving more and more attention in the Dutch healthcare system. It is a topic within all three themes of Sneller Beter, a national programme that was started in 2003 by the Ministry of Health, Welfare and Sport. The goal of the programme is to improve the transparency, efficiency and quality of healthcare. A project called Veilig Incident Melden (VIM) is one of the projects that is part of the programme. The project focuses on the question *how* a medical incident occurs and will not focus on the question *who* causes the incident. Error reporting has to become a logical and standard part of one's job. However, the problem lies in the fact that professionals in healthcare are fearful to report their incidents because of the existing 'shaming and blaming' culture in hospitals. To make the VIM project a success, a 'blame free' culture or a safety culture should be created. The Erasmus MC, one of the hospitals that takes part in the programme Sneller Beter, has started with the VIM project in January 2007. This thesis will investigate the effect of the VIM project on the reporting behaviour of the professionals in healthcare and on the safety culture. The following research question is formulated: *What effect does the VIM project have on the safety culture and the reporting behaviour of the physicians, the assistant physicians and the nurses in the Erasmus MC?*

A mixed methods research has been chosen to investigate the research question. A case study has been carried out to investigate the reporting behaviour and the safety culture in several units. Semi-structured interviews and document researches have been carried out. Besides that quantitative data has been used to investigate the transformation of the reporting behaviour of the professionals in healthcare. Furthermore a situation is described that can be seen as a best practice situation for the Erasmus MC.

The results of this research cover different aspects of 'safe' reporting which have been formulated in a research model by making use of the literature. Based on the results the conclusion can be drawn that the VIM project has a noticeable effect on the reporting behaviour of the nurses on the safety culture among them. Error reporting is part of their daily practice. The project doesn't have a clear effect on the physicians and the assistant physicians. A possible explanation could be the fact that the project started not so long ago. Error reporting isn't something physicians always do, even if they work on a unit where the project was started. They sometimes forget to report an incident, a feeling of urgency doesn't always exist and they don't always give a good example to others. Assistant physicians do not report very often, they don't have a feeling of urgency and they give their priority to other things. The VIM project does not have a noticeable effect on the assistant physicians.

Inhoudsopgave

SAMENVATTING	3
SUMMARY	4
1. INLEIDING	7
1.1 Onderzoeksvraag en deelvragen	9
1.2 Leeswijzer	10
2. THEORIE	11
2.1 Patiëntveiligheid	11
2.2 Terminologie	12
2.3 FONA/MIP-commissie	13
2.4 Veiligheidscultuur	14
2.5 Verschillende beroepsgroepen	16
2.6 De reflexieve zorgverlener	17
2.7 Conclusie	18
3. ONDERZOEKSMETHODEN	21
3.1 Onderzoeklocatie	21
3.2 Soort onderzoek	21
3.3 Doelstelling	22
3.4 Dataverzameling	22
3.5 Respondenten	23
3.6 Validiteit en betrouwbaarheid	23
4. ANALYSE	25
4.1 Patiëntveiligheid in het Erasmus MC	25
4.2 Veilig Incident Melden (VIM) in het Erasmus MC	26
4.2.1 Decentrale MIP	27
4.3 Kwantitatieve data	28
4.3.1 Meldingen organisatiebreed	28
4.3.2 Meldingen VIM-afdelingen	29
4.3.3 Meldingen niet VIM-afdelingen	30
4.4 Meldgedrag	32
4.4.1 Veiligheidsdenken	34
4.4.2 Urgentiegevoel	35
4.4.3 Bekendheid	35
4.5 Veiligheidscultuur	38
4.5.1 Openheid en transparantie	39
4.5.2 Vertrouwen	40
4.6 De lerende organisatie	40
4.6.1 Motivatie door leiding	40
4.6.2 Feedback en leerstijl	42
4.7 Kwantitatieve data vs. Kwalitatieve data	43
4.8 Best practice Kinder IC Erasmus MC-Sophia	43

5.	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	47
5.1	Conclusies per deelvraag.....	47
5.1.1	Hoe kan een veiligheidscultuur gedefinieerd worden?.....	47
5.1.2	Hoe ervaren de zorgprofessionals de veiligheidscultuur in het Erasmus MC?	47
5.1.3	Hoe wordt vormgegeven aan het project VIM in het Erasmus MC?	48
5.1.4	Hoe kan het meldgedrag van zorgprofessionals in het Erasmus MC worden beschreven?	48
5.1.5	Waarover wordt gemeld in het Erasmus MC en is een meldcriterium bekend?	50
5.1.6	In hoeverre is het Erasmus MC een 'lerende organisatie'?	50
5.1.7	Is een stijging in meldingen zichtbaar in het Erasmus MC?	51
5.2	Algehele conclusie.....	51
5.3	Aanbevelingen	52
6.	DISCUSSIE	55
6.1	Beperkingen	55
6.2	Vervolgonderzoek.....	55
	LITERATUURLIJST	57
	BIJLAGEN	60

1. Inleiding

Patiëntveiligheid krijgt steeds meer aandacht in de Nederlandse gezondheidszorg. De discussie over veiligheid in de zorg kreeg internationaal een impuls toen in 1999 door het Amerikaanse Institute of Medicine (IOM) het rapport: "To Err is Human: Building a safer health system" werd gepubliceerd, waarin zorgwekkende cijfers rondom patiëntveiligheid beschreven werden. In het rapport werd vermeld dat jaarlijks tussen de 44.000 en 98.000 mensen overlijden door medische fouten. Dit maakt het binnen de VS doodsoorzaak nummer acht (Kohn et al 1999). Het IOM beschreef een cultuurverandering om de kwaliteitskloof in de Amerikaanse gezondheidszorg te dichten. De cultuur moest veranderen van 'shaming and blaming' naar een systeemgerichte aanpak van patiëntveiligheid waarbij goed begrip van menselijke beperkingen en tekortkomingen een rol speelt (Smorenburg et al 2006). In Nederland staat patiëntveiligheid ook hoog op de agenda. Rein Willems, president-directeur van Shell Nederland, werd verzocht door minister Hoogervorst om in het kader van het landelijk programma Sneller Beter onderzoek te doen naar hoe veiligheid in de zorg kon worden vergroot. Naar aanleiding daarvan verscheen in 2004 het rapport "Hier werk je veilig, of je werkt hier niet". In dit rapport schatte Willems op basis van Amerikaanse gegevens dat in de Nederlandse ziekenhuizen jaarlijks 1500 tot 6000 mensen overlijden als gevolg van incidenten die voorkomen hadden kunnen worden (Willems 2004). Ook in Nederland werd men zich bewust van het belang van patiëntveiligheid. Recent verscheen er nog een rapport waarin het EGMO Instituut en het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) in opdracht van de Orde van Medisch Specialisten vanuit het Onderzoeksprogramma Patiëntveiligheid in Nederland onderzoek doen naar onbedoelde schade, de frequentie daarvan en het voorkomen er van in de toekomst. Hieruit komt naar voren dat 5,7% van de patiënten in Nederland te maken krijgen met onbedoelde schade, waarbij 8% uiteindelijk overlijdt. Dit komt volgens het EMGO Instituut neer op ongeveer 1750 te vermijden doden (Wagner & de Bruijne 2007). In de media komt ook meer aandacht voor medische fouten. De AVRO komt naar aanleiding van de verschenen rapporten met de serie 'Medische Missers'. In dit programma worden incidenten uit de medische wereld besproken met als doelstelling ze uit de taboesfeer te halen (AVRO 2007).

In 2003 werd het programma Sneller Beter gestart door het ministerie van VWS. De voornaamste doelen van dit programma zijn een verbetering van transparantie en doelmatigheid en kwaliteit in de zorg stimuleren. De zorg moet sneller om zorg op tijd beschikbaar te krijgen en de zorg moet beter door zorg slim te organiseren. Hierdoor moet de patiënt uiteindelijk goede, kwalitatieve zorg krijgen waarbij de vraag van de patiënt zelf

centraal staat. Sneller Beter is geordend naar drie pijlers. In de eerste pijler wordt gewerkt aan bewustwording, kennisontsluiting en kennisverspreiding. Hieronder valt onder andere het rapport van Willems. In de tweede pijler gaat het vooral om het vergroten van de transparantie en vergelijkbaarheid van resultaten in de zorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft hiertoe een basisset van prestatie-indicatoren opgesteld. De derde pijler richt zich op verbetering van zorg die door patiënten gevraagd wordt en door verzekeraars gecontracteerd wordt (Sneller Beter 2003).

Patiëntveiligheid is een thema binnen alle drie de pijlers van Sneller Beter. Een van de factoren die helpt bij het verbeteren van de patiëntveiligheid is het voorkomen van medische fouten. De andere factor is het zo goed mogelijk opvangen van ontstane fouten. Foutloos werkt echter niemand. Om medische fouten te kunnen voorkomen is het melden van incidenten én bijna-incidenten van belang. Het structureel melden en analyseren van incidenten kan helpen bij het inzicht krijgen in probleem- en risicogebieden (Wagner & de Bruijne 2007). Hierbij spelen de medewerkers, zoals artsen, arts-assistenten, verpleegkundigen en paramedici een belangrijke rol. Zij moeten zich bewust zijn van het risicovolle karakter van het eigen handelen, waarbij incidentmelden een lage drempel heeft. Men moet zich realiseren dat er door het melden van incidenten geleerd kan worden en dat de patiëntveiligheid daardoor kan worden verhoogd (VWS 2007). Hierbij ligt vaak het probleem. Medewerkers hebben angst om incidenten te melden, ze zijn bang om daarop aangekeken te worden en aangewezen te worden als schuldige.

Het project Veilig Incident Melden (VIM) is één van de vele projecten binnen Sneller Beter pijler 3. Het Veilig Incident Meldingssysteem (het VIM-instrument) is bedoeld om (snel) zicht te krijgen in het hoe en waarom van ongewenste gebeurtenissen in het zorgproces. Daarbij staat niet de vergissing van een persoon centraal maar de condities waaronder mensen werken en de wijze waarop de zorg is georganiseerd. Op het moment dat een ongewenste gebeurtenis optreedt, vraagt men zich niet af door *wie* het komt, maar *hoe* het komt dat de veiligheidsmechanismen (barrières) van het systeem niet gewerkt hebben (Sneller Beter 2004). Het Erasmus MC is een van de ziekenhuizen die deelneemt aan de derde tranche van Sneller Beter pijler 3. In januari 2007 is het project Veilig Incident Melden (VIM) gestart in het Erasmus MC. Het project VIM is in het Erasmus MC gestart bij de afdelingen van vier clusters. Deze afdelingen hebben als doel het melden van incidenten voor iedere medewerker tot een vast en logisch onderdeel van het werk te maken. Door transparant te maken wat op centraal niveau met de meldingen wordt gedaan, moet het voor de medewerkers duidelijk worden dat het melden van incidenten belangrijk is.

Zorgprofessionals moeten een drempel over om hun incidenten te melden. Ze zijn bang dat zij als schuldige worden aangewezen. De huidige cultuur in ziekenhuizen bevordert niet dat zorgprofessionals hun fouten melden. Er zou sprake moeten zijn van 'blame free reporting' in een ziekenhuis. Als een zorgprofessional een 'blame free' cultuur ervaart, wordt verwacht dat de meldingen van incidenten stijgen. Hiervan kan geleerd worden en dit leidt dan weer tot een verhoging van de patiëntveiligheid. Een 'blame free' cultuur heeft betrekking op de wijze waarop ziekenhuizen reageren op het melden van een incident. Het is een meer rechtvaardige cultuur waarin de patiënt én de verantwoordelijke voor het incident op een rechtvaardige manier worden behandeld (Legemaate 2007). Enerzijds wordt geleerd van het maken van fouten zodat de organisatie veiliger kan worden, anderzijds is het wel van belang dat een individu de verantwoordelijkheid neemt voor gedane acties (Platform Patiëntveiligheid 2006). Om het VIM project te laten slagen is het dus belangrijk dat de medewerker een dergelijke cultuur ervaart in het Erasmus MC. In dit kader wordt gesproken over een 'veiligheidscultuur' waarin zorgprofessionals een veilig meldklimaat ervaren. Incidenten kunnen veilig gemeld worden en er kan vrijuit over worden gecommuniceerd met de patiënt en binnen het team. Hierbij is sprake van een 'blame free' cultuur. In de praktijk bestaat echter nog een cultuur van 'shaming and blaming' (De Bekker 2006).

In het onderzoek van deze afstudeerscriptie zal worden onderzocht of het VIM project effect heeft op het meldgedrag van de artsen, arts-assistenten en verpleegkundigen in het Erasmus MC en of er sprake is van een 'blame free' cultuur oftewel een veiligheidscultuur.

1.1 Onderzoeksvraag en deelvragen

Naar aanleiding van het bovenstaande is voor dit onderzoek de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

Wat is het effect van het project Veilig Incident Melden (VIM) op de veiligheidscultuur en het meldgedrag van artsen, arts-assistenten en verpleegkundigen in het Erasmus MC?

Door middel van de volgende deelvragen zal de onderzoeksvraag worden beantwoord:

1. Hoe kan een veiligheidscultuur gedefinieerd worden?
2. Hoe ervaren de zorgprofessionals de veiligheidscultuur in het Erasmus MC?
3. Hoe wordt vormgegeven aan het project VIM in het Erasmus MC?
4. Hoe kan het meldgedrag van de zorgprofessionals worden beschreven?
5. Waarover wordt gemeld in het Erasmus MC en is een meldcriterium bekend?
6. In hoeverre is het Erasmus MC een 'lerende organisatie'?
7. Is een stijging in meldingen zichtbaar in het Erasmus MC?

1.2 Leeswijzer

In hoofdstuk twee wordt de theorie beschreven rondom patiëntveiligheid en wordt de bovengenoemde onderzoeksvraag verder uitgewerkt aan de hand van de literatuur. Tevens wordt aan de hand van de theorie een conceptueel model opgesteld. In hoofdstuk drie worden de gebruikte onderzoeksmethoden beschreven. In dit hoofdstuk komen de onderzoekslocatie, de manier van dataverzameling, de respondenten en de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek aan bod. Hoofdstuk vier bestaat uit de analyse van de resultaten van het onderzoek. Eerst worden kwantitatieve gegevens weergegeven, daarna wordt de kwalitatieve data geanalyseerd. In hoofdstuk vijf worden de conclusies en aanbevelingen uiteengezet. De conclusies worden weergegeven per deelvraag, waarna een algehele conclusie volgt. De aanbevelingen zijn gericht op de organisatie. Hoofdstuk zes bestaat uit de discussie waarbij eventuele beperkingen van dit onderzoek aan het licht komen en mogelijkheden aangedragen worden voor vervolgonderzoek.

2. Theorie

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksvraag die in het vorige hoofdstuk opgesteld is, uitgewerkt aan de hand van gevonden literatuur. Er wordt een duidelijke uiteenzetting gegeven van een aantal begrippen en wat daar over te vinden is in de literatuur. Naar aanleiding van de literatuur wordt een conceptueel model ontwikkeld waarin de belangrijke begrippen met elkaar in verband worden gebracht.

2.1 Patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid is een containerbegrip, wat wil zeggen dat het veelomvattend is. Het schetst meer een bepaald onderwerp dan dat het een precieze afbakening geeft (RGO 2005). Wagner et al (2005) definiëren patiëntveiligheid als: 'het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte lichamelijke of psychische schade, ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of tekortkoming van het zorgsysteem (Wagner et al 2005). De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) definieert patiëntveiligheid als volgt: 'Patiëntveiligheid gaat over de onbedoelde schade die een patiënt oploopt in het zorgproces. Schade die niet het (logische) gevolg is van zijn ziekte of van het vooraf bekende en goed afgewogen risico van een behandeling' (IGZ 2004). Beide definities gaan uit van schade bij de patiënt ontstaan door een verkeerde handeling in het zorgproces en lijken in dit geval op elkaar. Patiëntveiligheid betekent niet alleen het opstellen van regels en protocollen, maar ook de naleving ervan door medewerkers. Zij moeten doordrongen zijn van het belang ervan en moeten hun verantwoordelijkheden kennen. Patiëntveiligheid is een onderwerp dat voortdurend aandacht behoeft (Sneller Beter). Door het rapport van Willems (2004) heeft het onderwerp patiëntveiligheid een impuls gekregen en is er in de Nederlandse gezondheidszorg een brede aandacht voor veiliger werken. Eén van de aanbevelingen van het rapport van Willems is dat alle ziekenhuizen in 2008 moeten werken met een veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Het project VMS van de Orde van Medisch Specialisten, de Vereniging van Ziekenhuizen en het Landelijk Expertisecentrum voor Verpleging en Verzorging, in samenwerking met tien pilotziekenhuizen, legt hiervoor de basis. Zij hebben een project gestart waarmee de basiselementen van een VMS worden gedefinieerd (VMSzorg 2006). Een VMS is een kwaliteitsmanagementsysteem waarbij specifieke aspecten rond veiligheid betrokken zijn. Aan dit systeem ligt de kwaliteitscyclus 'plan-do-check-act' ten grondslag. Het overschakelen naar een VMS dient gepaard te gaan met een cultuurverandering. In het ziekenhuis moeten fouten veilig gemeld kunnen worden waardoor van deze fouten geleerd kan worden. In alle ziekenhuizen in Nederland is de

invoering van een VMS verplicht. Zo krijgen de ziekenhuizen een instrument in handen om veiliger en efficiënter te werken. Voor de invoering van een VMS zijn een aantal basisprincipes noodzakelijk. Zo moet de directie van een ziekenhuis er volledig achter staan en moet de leiding zich optimaal inzetten om het belang van een goede werking continu uit te dragen. Alle medewerkers moeten betrokken worden bij de opzet van een VMS. Het VMS moet daarom ook simpel zijn en makkelijk actueel gehouden kunnen worden. Het belangrijkste aspect is de communicatie. Door te blijven communiceren over veiligheid blijft het leven onder de medewerkers. Door onder andere meer incidenten te melden en te analyseren kan de patiëntveiligheid maar ook de kwaliteit van zorg in de Nederlandse ziekenhuizen verbeterd worden. Een VMS bestaat uit een risico-inventarisatie, een incidentenanalyse en een managementsysteem om verbeteracties te plannen en te monitoren. Een goede meldingsprocedure wordt daarom gezien als belangrijk onderdeel van het VMS (Willems 2004).

Niet alleen in Nederland, maar ook in landen zoals Australië, Engeland en de Verenigde Staten zijn de laatste jaren initiatieven op het gebied van patiëntveiligheid ontstaan. Op landelijk niveau wordt geprobeerd activiteiten op het gebied van veiligheid te coördineren. Zo wordt onderzoek bijvoorbeeld flink gestimuleerd (RGO 2005).

2.2 Terminologie

Wat is nu een incident en wat wordt verstaan onder een fout? De IGZ (2004) geeft de volgende definities. Een fout is het niet uitvoeren van een geplande actie zoals voorgenomen was, maar een fout is ook het gebruik van een verkeerd plan om een doel te bereiken. Een incident is een ongewenste gebeurtenis die leidt tot ongewenste gevolgen als verwonding of schade. Een calamiteit is een niet voorziene of onverwachte gebeurtenis in de gezondheidszorg, die tot schadelijk gevolg of zelfs de dood van een patiënt leidt. Een complicatie is een onbedoelde en ongewenste uitkomst van zorg waarvoor behandeling nodig is (IGZ 2004).

Bosk (1979) beschrijft vier verschillende soorten fouten: technische fouten, beoordelingsfouten, normatieve fouten en quasi-normatieve fouten. Een technische fout wordt gemaakt als de arts bijvoorbeeld in de steek wordt gelaten door de medische apparatuur. Een beoordelingsfout komt voor als een arts bijvoorbeeld een verkeerde behandeling heeft gekozen. Een normatieve fout ontstaat als de arts in de ogen van anderen zijn verantwoordelijkheid als arts niet is nagekomen. Een quasi-normatieve fout geschiedt als de arts bijvoorbeeld een protocol niet heeft gevolgd. Hierdoor kan de arts zijn reputatie kwijt raken en het vertrouwen dat men in hem heeft. De laatste twee genoemde soorten fouten

worden beschreven als 'morele fouten' waarvoor de arts 'gestraft' kan worden (Bosk 1979). Wagner & de Bruijne (2007) hebben het in hun onderzoek over onbedoelde, niet vermijdbare schade en vermijdbare, onbedoelde schade. Onbedoelde, niet vermijdbare schade definiëren zij als: 'een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het (niet) handelen van een zorgverlener en/of door het zorgsysteem met schade voor de patiënt, zodanig ernstig dat er sprake is van een tijdelijke of permanente beperking, verlening, of verzwaring van de behandelingen dan wel overlijden van de patiënt'. Een voorbeeld hiervan is een patiënt die een allergische reactie krijgt op een medicijn, waarbij niet vooraf bekend was dat de patiënt daarvoor allergisch was. Vermijdbare, onbedoelde schade wordt gedefinieerd als: 'een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het onvoldoende handelen volgens de professionele standaard en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem met schade voor de patiënt zodanig ernstig dat er sprake is van een tijdelijke of permanente beperking, verlening of verzwaring van de behandeling dan wel overlijden van de patiënt'. Een voorbeeld hiervan is dat een patiënt door een gemiste diagnose een naadlekkage oploopt bij een buikoperatie (Wagner & de Bruijne 2007).

De vraag is nu, wat moet gemeld worden? In Nederland wordt het meldcriterium breed gehouden om interpretatieverschillen te voorkomen. Volgens het programma Sneller Beter moeten alle 'ongewenst gebeurtenissen' gemeld worden. Alle gebeurtenissen of uitkomsten van gebeurtenissen die afwijken van het normale zorgproces worden daarbij 'ongewenste gebeurtenissen' genoemd (Legemaate et al 2007). Over het meldcriterium is veel te doen geweest. In 1992 werd het volgende criterium gesteld: 'Ieder incident in de patiëntenzorg met een (potentieel) schadelijk gevolg voor de patiënt'. Toch blijkt dat het meldcriterium in de praktijk veel onduidelijkheden geeft. Voor medewerkers is het niet altijd duidelijk wat ze wel en wat ze niet moeten melden (De Bekker 2006).

2.3 FONA/MIP-commissie

Dat het melden van incidenten in Nederland veel aandacht heeft, is niet nieuw. Al een tijd speelt het besef dat door het bijeenbrengen en analyseren van incidenten de systeemfouten in de zorg kunnen worden opgelost. In ziekenhuizen bestaan al enige tijd op centraal niveau FONA/MIP-commissies. FONA staat voor Fouten, Ongevallen en Near Accidents. MIP staat voor Meldingen Incidenten Patiëntenzorg. De FONA-commissie is de laatste jaren opgegaan in de MIP-commissie. Verder in dit onderzoek zal dus gesproken worden over de MIP-commissie. Het doel van de MIP-commissie is het leveren van een bijdrage aan kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid door gemelde incidenten te analyseren en adviezen te geven aan de directie (De Bekker 2006). Deze op instellingsniveau functionerende

procedures zijn echter onvoldoende effectief gebleken.

Voor de medewerkers moet duidelijk worden dat het leren van incidenten ter verbetering is van de patiëntveiligheid. Om het belang te onderschrijven kreeg het thema patiëntveiligheid een plaats in het programma van Sneller Beter (Legemaate et al 2007). Volgens De Bekker & Van der Steeg (2004) zijn leden van de MIP-commissie zelf inderdaad niet tevreden over het functioneren van de commissie. Hun rol is vaak niet duidelijk en daardoor wordt de toegevoegde waarde van de commissie door medewerkers onderschat. Ook wordt een nare bijmaak ervaren door het moeten melden van een incident. Men is bang voor gezichtsverlies, heeft angst voor de wijzende vinger en wil niet de schuldige zijn. Hierdoor werd weinig gemeld en was het aantal incidentmeldingen dus geen graadmeter voor de patiëntveiligheid van het ziekenhuis. Er moest iets gebeuren met de MIP-commissie voordat besloten zou worden dat de commissie niet van verdere toegevoegde waarde was voor ziekenhuizen (De Bekker & Van Der Steeg 2004).

2.4 Veiligheidscultuur

De huidige cultuur in ziekenhuizen bevordert niet dat zorgprofessionals incidenten melden. Zij moeten een bepaalde drempel over om hun incidenten te melden. Vaak heerst er de gedachte dat zij worden aangewezen als schuldige, met daarbij de angst om nagewezen en ontslagen te worden. De cultuur in het ziekenhuis heeft betrekking op de effectiviteit van meldingssystemen. Van grote betekenis voor het werken van een goed meldingssysteem is het creëren, stimuleren en in stand houden van een open, transparante en vertrouwelijke cultuur waarin medewerkers bereid zijn om van incidenten te leren. Oftewel het creëren van een veiligheidscultuur. In zo'n cultuur wordt het melden en bespreken van incidenten als vanzelfsprekend gezien en kan in ieders beleving het melden van incidenten 'veilig' plaatsvinden (Legemaate et al 2007). Legemaate et al (2007) betogen dat het realiseren van een dergelijke cultuur zeer moeilijk is. Veel aspecten en elementen, zoals gevoelens, percepties en ervaringen van mensen, spelen hierbij een rol (ibid.). Het creëren van een veiligheidscultuur is dus belangrijk, maar de vraag is hoe dat te realiseren.

Reason (1997) beschrijft een aantal voorwaarden waaraan een goede veiligheidscultuur moet voldoen. De cultuur dient informatief, rechtvaardig, flexibel, geleerd en meldbaar te zijn. Vertrouwen in elkaar is ook heel belangrijk. Verder moeten de medewerkers bereid zijn om te leren van hun fouten en moet er een klimaat zijn waarin het niet erg is om een incident te melden (Reason 1997). Reason scheidt met de genoemde voorwaarden een kader waarin de vijf onderling gerelateerde eigenschappen beschreven worden van een veiligheidscultuur. Deze vijf eigenschappen zijn gebruikt om de ontwikkeling

te beschrijven van veiligheidsculturen in andere sectoren en industrieën, maar zijn na enige aanpassing door het Institute of Medicine ingezet voor de zorg.

McCarthy & Blumenthal (2006) haken in op de voorwaarden zoals beschreven door Reason (1997). Zij beschrijven zes natuurlijke experimenten die laten zien wat succes- en faalfactoren kunnen zijn bij het verbeteren van de patiëntveiligheid. Bij alle experimenten komt een cultuuromslag naar voren als kritische succesfactor voor het slagen van een verbetering van de patiëntveiligheid. McCarthy & Blumenthal (2006) willen met deze casussen een veiligere cultuur creëren die voortdurende innovatie en verbetering mogelijk maakt. Een aantal geleerde lessen vanuit deze casussen benoemen ze in hun artikel. Behandelingen en technische medische apparatuur worden complexer, daarmee wordt de zorg ook steeds complexer. Daarom moet onbedoelde schade getolereerd worden als een onvermijdelijke bijkomstigheid van zorg. Hierbij komt ook dat niemand foutloos werkt. Iedereen maakt fouten. Veiligheidsprincipes uit andere industrieën, bijvoorbeeld de luchtvaart, kunnen worden gebruikt voor de zorg. Hierbij kan worden gedacht aan het standaardiseren van processen. Veiligheidsdenken kan worden geleerd door middel van training en coaching. Daarbij is belangrijk dat de leiding de organisatie kan motiveren en aanmoedigen, waardoor het veiligheidsdenken in het zorgsysteem kan worden ingebed en het de norm wordt voor de zorgprofessionals. Verder is het belangrijk om te focussen op bijna-incidenten. Ook hier kan van worden geleerd waardoor een grote verbetering in de patiëntveiligheid wordt bewerkstelligd (McCarthy & Blumenthal 2006).

De Bekker (2006) beschrijft een goed meldklimaat als 'een klimaat waarin medewerkers zich veilig voelen over incidenten waarbij zij betrokken zijn vrijuit te durven communiceren met de patiënt en in hun team' (De Bekker 2006). In de praktijk bestaat echter nog een cultuur van 'shaming and blaming'. Men heeft angst om incidenten te melden en is bang om de schuldige te zijn. Gestreefd moet worden naar een 'blame free' cultuur. Dit houdt in dat zorgprofessionals zonder dreiging van straf- of tuchtrechtelijke vervolging hun fouten moeten kunnen rapporteren (ibid.).

Firthcozens (2004) betoogt dat vertrouwen een essentieel deel van zorg is. Niet alleen tussen artsen en patiënten, maar ook tussen staf en management. Onderzoek wijst uit dat vertrouwen een voordelige impact heeft op veel aspecten in het arbeidsleven, zoals werktevredenheid en organisatie-effectiviteit. Vertrouwen moet volgens hem de hoeksteen zijn voor een systeem van leren van fouten. De angst om te melden ligt bij de vrees voor het verlies van de baan, de vrees voor consequenties. Wil men meldingsystemen laten werken, dan is volgens Firthcozens (2004) vertrouwen een hele belangrijke factor binnen de organisatie (Firthcozens 2004).

Het creëren van een veiligheidscultuur hangt dus samen met een aantal factoren. Reason (1997) betoogt dat een dergelijke cultuur informatief, rechtvaardig, flexibel, lerend en meldbaar dient te zijn. McCarthy & Blumenthal (2006) noemen training en coaching en het goede voorbeeld van de leiding als belangrijke factoren die het veiligheidsdenken kunnen bevorderen. Ook dient het leren van bijna-incidenten een belangrijke focus te zijn. Evenals Firthcozens (2004) noemen Reason (1997) en McCarthy & Blumenthal (2006) het aspect vertrouwen als een essentieel deel van een veiligheidscultuur en van zorg.

2.5 Verschillende beroepsgroepen

Geen enkele zorgverlener werkt foutloos. Menselijke factoren spelen hierbij een rol, maar ook de toenemende invloed van techniek en het toenemen van samenwerking en overdrachtsmomenten tussen afdelingen en organisaties. Deze factoren zorgen ervoor dat er sprake is van toegenomen veiligheidsrisico's (Smorenborg et al 2006).

Uit een recent onderzoek is gebleken dat ook huisartsen en medisch specialisten vinden dat artsen hun incidenten vaker moeten melden. Onderzoeksbureau PASA in Maastricht heeft onderzoek gedaan naar het gedrag van artsen rondom melden van incidenten. Daarin kwam naar voren dat 72% van de huisartsen en 53% van de medisch specialisten nog nooit een incident heeft gemeld. De redenen die hiervoor genoemd worden, zijn dat artsen zeggen dat ze nog nooit een incident hebben meegemaakt, ze een voorval vaak niet ernstig genoeg vinden, ze collega's niet willen duperen, ze bang zijn voor juridische consequenties en ze tijdgebrek hebben. Ongeveer 75% van de ondervraagde artsen vinden dat de cultuur onder artsen met betrekking tot het melden van incidenten moet veranderen. Een cultuuromslag moet plaatsvinden door meer openheid te creëren, meer duidelijkheid te verschaffen over de juridische gevolgen van het melden van een incident en het door de artsen meer tijd vrijmaken voor het melden van incidenten. Verder kwam uit het onderzoek naar voren dat verpleegkundigen meer open zijn over het melden van incidenten en ook vaker melden. Ondervraagde artsen gaven hiervoor als reden het cultuurverschil tussen de twee disciplines. Verpleegkundigen zijn vanuit hun opleiding gewend om open te zijn over incidenten en meer gewend om volgens protocollen te werken. Ze zijn meer open, nemen incidenten serieuzer en kunnen beter omgaan met feedback. Ook praktische zaken spelen een rol. Een verpleegkundige heeft meer tijd voor administratieve handelingen, is dichter bij de patiënt betrokken en heeft minder angst voor juridische consequenties (Mednet 2007). Wagner & de Bruijne (2007) betogen dat de lage meldfrequentie bij zorgprofessionals ook te wijten is aan de mate van urgentiegevoel dat bestaat. In hun rapport "Onbedoelde Schade" vermelden zij dat cijfers over patiëntveiligheid in de vorm van onbedoelde en

vermijdbare schade nog niet zijn opgenomen in de kwaliteitsindicatoren omdat ze tot nog toe onbekend waren. Doordat geen cijfers bekend zijn over hoe belangrijk het is om te melden, ervaren zorgprofessionals ook geen druk. Tevens kan dit gezien worden als een consequentie van weinig melden. Doordat weinig gemeld wordt, hebben zorgprofessionals ook niet in de gaten dat er een probleem is en doen ze er minder aan. Het ontbreken van deze cijfers maakt dat bij veel zorgprofessionals en zorginstellingen een gevoel van urgentie ontbreekt. Dit gevoel is hard nodig om systematische verbeterinitiatieven te kunnen doen. (Wagner & de Bruijne 2007).

De rol van de artsen bij de verbetering van patiëntveiligheid wordt beschreven door Classen & Kilbridge (2002). De arts heeft een belangrijke rol bij patiëntveiligheid. De arts heeft een centrale rol in het zorgproces. Patiëntveiligheid geldt als een van de belangrijkste principes in het werk dat hij doet (Classen & Kilbridge 2002). Zelfs in de belofte die de artsen moeten afleggen bij toetreden tot de beroepsgemeenschap staat de zin: "Ik zal aan de patiënt geen schade doen" (VSNU 2005). Als de rol van de artsen zo belangrijk is, is het ook van belang dat ze alle incidenten melden. Ook in het kader van zijn voorbeeldfunctie voor bijvoorbeeld arts-assistenten. De Bekker (2006) noemt nog als reden dat in een ziekenhuis meer verpleegkundigen werkzaam zijn dan artsen (De Bekker 2006).

2.6 De reflexieve zorgverlener

Het melden en dus erkennen van fouten kan niet los worden gezien van een andere ontwikkeling binnen de gezondheidszorg. Van zorgorganisaties wordt verwacht dat zij zich ontwikkelen tot een lerende organisatie met zelfreflecterende zorgverleners. Bij een lerende organisatie is het leren, het verbeteren en het in stand houden van verbeteringen als continue proces geborgd in het systeem. Het meest belangrijk bij de lerende organisatie is dat verschillende onderdelen van en actoren in een organisatie gezamenlijk kunnen leren en dus daarbij kunnen samenwerken. Er is veel geschreven over wat een lerende organisatie precies inhoudt. Volgens Argyris en Schön (1978) is de lerende organisatie een metafoor. Het is een individugerichte theorie: de organisatie leert als zijn leden leren. De leden van de organisatie zijn een soort lerende vertegenwoordigers die reageren op veranderingen en die fouten ontdekken en verbeteren. De lerende organisatie is niet iets wat sporadisch moet zijn, het moet een continu proces zijn in onze maatschappij. Argyris & Schön (1978) definiëren verschillende soorten leerstijlen. Zij onderscheiden 'single loop learning' en 'double loop learning'. Bij single loop learning richt de organisatie zich alleen maar op het probleem waar een oplossing voor moet worden gezocht. Men focust zich alleen op de vraag of de dingen goed gedaan worden. Een goed lerende organisatie hanteert de 'double loop learning' stijl

volgens Argyris & Schön (1978). Bij double loop learning gaat de organisatie dieper in op het probleem. Belangrijk is dat de goede dingen gedaan worden (Argyris & Schön 1978).

Tucker & Edmondson (2003) benoemen redenen waarom ziekenhuizen niet leren van hun fouten. Het komt niet door de steeds maar complexer wordende zorg, ook niet door ongemotiveerde, incompetente en luie zorgprofessionals. Het gebrek aan het leren van incidenten komt door het tegenwoordige accent op individuele waakzaamheid waarbij een professional persoonlijke verantwoording heeft om incidenten op te lossen, door belang van de efficiency van de afdeling (doordat het maximaliseren van de individuele efficiency belangrijk is, wordt er geen tijd besteed aan het dieper kijken naar incidenten) en ten slotte door empowerment van de zorgprofessional. Dit houdt in dat er steeds minder managers op een afdeling aanwezig zijn waardoor de professional steeds meer zelf verantwoordelijkheden krijgt. Tucker & Edmondson (2003) onderscheiden twee soorten oplossingen voor problemen: 'first-order problem solving' en 'second-order problem solving'. Het 'first-order' oplossen van problemen houdt in dat het probleem op de korte termijn opgelost wordt door de zorgprofessionals waarbij niet gekeken wordt naar onderliggende oorzaken van dat probleem. Dit is niet van toepassing op een lerende organisatie. Bij het 'second-order' oplossen van problemen vraagt de zorgprofessional zich af wat de onderliggende reden is van het probleem. Er wordt over gecommuniceerd en onder de aandacht gebracht van het hoger management, waarna gekeken wordt hoe het probleem in de toekomst te voorkomen is. Betoogt wordt dat zorgprofessionals zo weinig tijd hebben tijdens hun werkzaamheden, dat ze hiervoor eigenlijk geen tijd hebben en dat second-order problem solving dus heel gering voorkomt (Tucker & Edmondson 2003).

Double loop learning (Argyris & Schön 1978) en second-order problem solving (Tucker & Edmondson 2003) kunnen vergeleken worden met het systeem van het project Veilig Incident Melden. Bij het VIM project wordt ook gekeken naar de diepere oorzaak van een incident. Een incident moet worden geanalyseerd en feedback moet worden teruggekoppeld naar de werkvloer zodat daarmee aan de slag kan worden gegaan. Er wordt van uitgegaan dat de oorzaak van een incident niet bij een persoon ligt, maar dat het in het systeem te vinden is. Door het hanteren van deze werkwijze kan een lerende organisatie nagestreefd worden.

2.7 Conclusie

Patiëntveiligheid wordt steeds belangrijker in de Nederlandse gezondheidszorg. Het is dan ook een van de thema's van het landelijk verbeterprogramma Sneller Beter en het uitgangspunt van de oprichting van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) waarvoor de

Vereniging van Ziekenhuizen, de Orde van Medisch Specialisten en het Landelijk Expertisecentrum voor Verpleging en Verzorging een project hebben gestart ter definiëring van de basiselementen van een VMS.

Patiëntveiligheid is een containerbegrip. In dit onderzoek wordt de breedste definitie gehanteerd en wel de definitie van de IGZ (2004) aangezien deze allesomvattend is: 'Patiëntveiligheid gaat over de onbedoelde schade die een patiënt oploopt in het zorgproces. Schade die niet het (logische) gevolg is van zijn ziekte of van het vooraf bekende en goed afgewogen risico van een behandeling' (IGZ 2004). Een patiënt moet zich veilig kunnen voelen in het ziekenhuis en tijdens zijn of haar behandeling. Schade die niet hoort bij het ziekteproces moet uitgesloten worden. De patiëntveiligheid van de patiënt moet verbeterd worden. Het melden van incidenten is een onderdeel van het verhogen van patiëntveiligheid. Onduidelijk is ook wat onder een incident of een fout valt en wat nu gemeld moet worden. Verschillende instanties hanteren verschillende definities. In dit onderzoek wordt uitgegaan van de definitie die Sneller Beter hanteert. Alle ongewenste gebeurtenissen die plaatsvinden rondom de patiëntenzorg, dus alles wat (bijna) niet ging zoals het hoort. Verder wordt in het onderzoek gesproken over incidenten in plaats van fouten.

Het melden van incidenten gebeurt nog niet optimaal in de ziekenhuizen. Hiervoor is onder andere een cultuuromslag nodig bij artsen en verpleegkundigen zodat een veiligheidscultuur gecreëerd wordt. In een aantal ziekenhuizen is hiervoor het project van Sneller Beter, Veilig Incidenten Melden (VIM) ingevoerd. VIM gaat er om dat medewerkers zich veilig moeten kunnen voelen bij het melden van een incident. Nu bestaat er angst onder medewerkers voor consequenties. Bij VIM gaat het erom dat de kwaliteit verbeterd wordt, niet dat de incidenten van medewerkers worden afgestraft. Zodra de medewerkers zich hiervan bewust worden, zullen ze meer incidenten melden. Een ander belangrijk aspect van het verhogen van het aantal meldingen, is de medewerkers laten merken dat er daadwerkelijk iets met hun meldingen wordt gedaan.

Verschillende factoren spelen een rol bij het meldgedrag van zorgprofessionals en de veiligheidscultuur die bestaat. Zo beschouwt Legemaate (2007) openheid, transparantie en een vertrouwelijke omgeving als belangrijke aspecten waaraan een veiligheidscultuur aan moet voldoen. Zo kan de bereidwilligheid het te melden door zorgprofessionals verhoogd worden. Firthcozens (2004) noemt ook vertrouwen als een essentieel deel van de zorg. Reason (1997) stelt vijf eigenschappen aan een veiligheidscultuur: informatief, rechtvaardig, flexibel, lerende aspect en meldbaarheid. Binnen de cultuur moet een klimaat heersen waarbij het niet bedreigend is om een incident te melden. McCarthy & Blumenthal (2006) noemen bepaalde aspecten voor een veiligheidscultuur nadat ze een aantal casus in de

praktijk hebben bestudeerd. Daarbij stellen ze dat het belangrijk is dat de leiding de organisatie kan motiveren en aanmoedigen om het veiligheidsdenken te verhogen. Tevens is het belangrijk om ook te focussen op bijna-incidenten. Hier kan evenveel van geleerd worden. Het urgentiegevoel bij zorgprofessionals is ook een belangrijk aspect op het effect van een project als Veilig Incident Melden. Wagner & de Bruijne (2007) geven aan dat het hier nog al eens aan schort. Ook het verschil in beroepsgroep leidt tot een verschil in meldgedrag bij zorgprofessionals. Uit onderzoek is gebleken dat artsen minder melden dan verpleegkundigen. Als reden wordt hiervoor het cultuurverschil tussen de twee beroepsgroepen genoemd. Verpleegkundigen zijn vanuit hun opleiding gewend om open te zijn over incidenten en meer gewend om volgens protocollen te werken. Ze zijn meer open, nemen incidenten serieuzer en kunnen beter omgaan met feedback. Ook praktische zaken spelen een rol. Een verpleegkundige heeft meer tijd voor administratieve handelingen, ze is dichter bij de patiënt betrokken, brengt ook veel meer tijd door bij de patiënt en heeft minder angst voor juridische consequenties.

Aan de hand van bovenstaande factoren, afgeleid uit de literatuur, is een conceptueel model opgesteld. Dit model zal worden gebruikt in het onderzoek om de factoren van veilig melden van incidenten goed te kunnen onderzoeken. De factoren zijn daarbij de criteria aan de hand waarvan de onderzoeksvraag van dit onderzoek wordt onderzocht. De criteria zijn onderverdeeld in drie categorieën.

Categorie	Criteria
Meldgedrag	<ul style="list-style-type: none">- Mate van veiligheidsdenken- Mate van urgentiegevoel- Mate van bekendheid met project
Veiligheidscultuur	<ul style="list-style-type: none">- Mate van openheid- Mate van transparantie- Mate van vertrouwen
Lerende Organisatie	<ul style="list-style-type: none">- Mate van motivatie door leiding- Mate van feedback- Soort leerstijl

3. Onderzoeksmethoden

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke manier het onderzoek uitgevoerd is. Beschreven wordt van welk type onderzoek gebruikt gemaakt is, wat de onderzoekslocatie is en op welke manier dataverzameling heeft plaatsgevonden. Ten slotte worden de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek besproken.

3.1 Onderzoekslocatie

In dit onderzoek is gekeken naar de praktijksituatie in het Erasmus MC te Rotterdam. Het Erasmus MC is een universitair medisch centrum met 1237 bedden en meer dan 12000 medewerkers. Het ziekenhuis richt zich op drie pijlers: kennis ontwikkelen, kennis overdragen en patiëntenzorg. Veiligheid staat hoog op de agenda in het Erasmus MC. Het ziekenhuis streeft naar een vermindering van (potentieel) onveilige situaties in de processen binnen de organisatie, zowel op gebied van patiëntenzorg als ondersteunende processen. Momenteel bouwt het Erasmus MC dan ook aan een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) dat vanaf 1 januari 2008 binnen ieder ziekenhuis in Nederland een feit moet zijn (Erasmus op weg naar een VMS 2006).

3.2 Soort onderzoek

Het doel van het onderzoek is na te gaan welk effect het project Veilig Incident Melden (VIM) heeft op de veiligheidscultuur en het meldgedrag van artsen, arts-assistenten en verpleegkundigen in het Erasmus MC. Een mixed methods-onderzoek is gekozen om deze onderzoeksvraag te beantwoorden. Kwalitatief onderzoek staat centraal, waarbij het (in omvang beperkte) kwantitatieve onderzoek ter ondersteuning fungeert. Een kwalitatief onderzoek is het meest geschikt om houdingen, mening en relaties tussen actoren te onderzoeken (Cresswell 2003). Om een duidelijk beeld van de processen in de praktijk te krijgen is een casestudy gedaan naar het meldgedrag en de veiligheidscultuur op verschillende afdelingen in het Erasmus MC. Een casestudy is bedoeld om gedetailleerde waarnemingen, verkregen door het voeren van gesprekken en het bestuderen van beleidsdocumenten, samen te voegen tot een integraal beeld van het proces (Verschuren & Doorewaard 2003). Verder is door middel van kwantitatieve gegevens gekeken naar verandering in het meldgedrag van artsen en verpleegkundigen. Door cijfers van het aantal incidentmeldingen tijdens het VIM project te vergelijken met de cijfers van de periode

daarvoor is gekeken of er daadwerkelijk een verandering optreedt in het aantal meldingen van artsen en verpleegkundigen. Tevens wordt een praktijksituatie uit het Erasmus MC-Sophia weergegeven die gezien kan worden als best practice.

3.3 Doelstelling

Uit dit onderzoek blijkt of het VIM project effect heeft op de veiligheidscultuur en het meldgedrag van artsen, arts-assistenten en verpleegkundigen in het Erasmus MC. Met dit onderzoek wordt een beeld geschetst van waar het Erasmus MC nu staat op gebied van het project en of het daadwerkelijk effect heeft. Naar aanleiding van dit onderzoek kunnen zonodig aanbevelingen worden gedaan ten aanzien van het project en de veiligheidscultuur. Het doel van dit onderzoek is eventuele knelpunten van het VIM project te ontdekken zodat de patiëntveiligheid bevordert kan worden in het Erasmus MC.

3.4 Dataverzameling

De dataverzameling in dit onderzoek bestaat uit drie onderdelen. Relevante beleidsdocumenten van het Erasmus MC zijn geanalyseerd ter voorbereiden op het afnemen van semi-gestructureerde interviews en de analyse daarvan. Verder bestaat de dataverzameling uit onderzoek naar kwantitatieve gegevens van het aantal meldingen voor en tijdens het VIM project op de deelnemende afdelingen en op de niet deelnemende afdelingen.

- Analyse beleidsdocumenten Erasmus MC

Beleidsdocumenten met betrekking tot de MIP-commissie en de procedures rondom incidentmelden zijn opgevraagd in het Erasmus MC en zijn geanalyseerd. Gekeken is naar hoe deze procedures in het ziekenhuis verlopen en welke ervaringen bekend zijn met het wel of niet melden door zorgprofessionals. Tevens is het projectplan van het project Veilig Incident Melden opgevraagd.

- Kwantitatief dataonderzoek

De centrale MIP-commissie van het Erasmus MC stelt per drie maanden een kwartaalrapportage op met daarin de cijfers van het aantal meldingen van die afgelopen periode. Aan de hand van die rapportage is gekeken of er een verschil te zien is in het aantal meldingen tijdens het VIM project met de periode daarvoor. De gegevens zijn verkregen via de MIP-commissie a.i. van het Erasmus MC.

- Semi-gestructureerde interviews

In het Erasmus MC zijn 15 zorgprofessionals (artsen, arts-assistenten en verpleegkundigen) benaderd die werkzaam zijn op de afdelingen waar het VIM project draait en op afdeling

waar het project nog niet draait. Op basis van de literatuurstudie en het daaruit afgeleid conceptueel model is semi-gestructureerd een topiclijst opgesteld. Deze lijst fungeert tijdens de interviews als rode draad. Creswell (2003) geeft aan dat de vragen voor het interview zich mogen ontwikkelen tijdens het onderzoek en dat ze mogen worden veranderd, zolang dat maar consistent gebeurt. Door de vragen niet van tevoren vast te leggen, kan flexibeler op bepaalde onderdelen worden ingegaan en kan het interview gestuurd worden. Hier is tijdens de interviews gebruik van gemaakt. Door af te wijken van de topiclijst kan er beter geanticipeerd worden op de antwoorden van de respondent. In het onderzoek is gebruik gemaakt van open vragen. De open vragen kennen geen referentie naar literatuur of andere theorie om het antwoord van de geïnterviewde zo min mogelijk te beïnvloeden. De interviews zijn gehouden in de natuurlijke omgeving van de respondent in de periode van 18 juni tot 29 juni 2007. De interviews zijn allemaal letterlijk uitgewerkt zodat het materiaal geanalyseerd en verwerkt kan worden (Creswell 2003). Voor het opnemen van de interviews op voice recorder, is vooraf om toestemming gevraagd.

3.5 Respondenten

Het VIM project draait momenteel bij vier verschillende clusters in het Erasmus MC (cluster 4 & 5, cluster 8, cluster 17 en Radiologie). Uit deze clusters zijn 'at random' vier afdelingen (Orthopedie, Anesthesiologie, Inwendige Geneeskunde en Radiologie) gekozen om het onderzoek overzichtelijk te houden. Van deze afdelingen zijn negen respondenten benaderd. Van een aantal 'at random' gekozen afdelingen waar project nog niet is gestart, zijn zes respondenten benaderd. Onder alle respondenten bevinden zich zeven artsen, vijf arts-assistenten en drie verpleegkundigen. De respondenten zijn allen face-to-face geïnterviewd. Alle interviews zijn letterlijk uitgewerkt, waarbij citaten zullen terugkomen in de analyse. De respondenten worden in de analyse niet bij naam genoemd, wel zal bij ieder citaat worden aangegeven of het door een arts (sp), een arts-assistent (aa) of een verpleegkundige (vp) gezegd is. Bij elk citaat wordt aangegeven of de betreffende professional werkzaam is op een VIM-afdeling (vim) of niet. Onder de respondenten bevindt zich ook nog een stafid van de Kinder Intensive Care van het Erasmus MC-Sophia. Deze respondent is gebruikt voor het weergeven van de veiligheidssituatie in het Sophia als best practice.

3.6 Validiteit en betrouwbaarheid

Segers en Hutjes (1999) beschrijven de interne en externe validiteit. Interne validiteit bepaalt in hoeverre de waarnemingen ook daadwerkelijk kloppen met de werkelijkheid. Externe validiteit is de generaliseerbaarheid van de waarnemingen naar een bredere populatie, in dit

geval het hele ziekenhuis (Segers & Hutjes 1999). In dit onderzoek zijn alle interviews letterlijk uitgetypt en de citaten letterlijk overgenomen in de analyse. Dit zorgt ervoor dat de interne validiteit wordt vergroot en de conclusies geldig zijn voor de gehele onderzoeksgroep (alle respondenten). Tevens is door middel van de drie methoden van dataverzameling gebruik gemaakt van bronnentriangulatie, waardoor de interne validiteit van dit onderzoek wordt vergroot. (Verschuren & Doorewaard 2003). De externe validiteit is hoog als de onderzoekspopulatie representatief is voor de gehele populatie. De generaliseerbaarheid naar de gehele populatie is moeilijk, omdat maar 15 van de 10.000 medewerkers zijn geïnterviewd. In dit onderzoek wordt dan ook vooral gestreefd naar interne validiteit. Omdat van elke beroepsgroep verschillende zorgprofessionals zijn geïnterviewd, kan gesteld worden dat de conclusies geldig zijn voor de verschillende beroepsgroepen in het ziekenhuis. Het onderzoeksresultaat kan mogelijk dienen als vergelijkingsmateriaal met andere Sneller Beter ziekenhuizen, door te kijken hoe het er daar aan toe gaat. Door de gevoeligheid van het onderwerp (spreken over eigen incidenten) is het mogelijk dat sociaalwenselijke antwoorden zijn gegeven. De respondent sluit zichzelf af voor persoonlijke antwoorden en antwoord volgens norm en verwachting. Dit kan de validiteit van het onderzoek aantasten.

De reproduceerbaarheid van het onderzoek zegt iets over de betrouwbaarheid ervan. Dit wil zeggen dat de bevindingen bij een volgend onderzoek over dit onderwerp hetzelfde zijn (Bowling 2002). Alle interviews worden opgenomen op band en letterlijk uitgetypt. Zo kan de betrouwbaarheid worden vergroot. Tevens is het onderzoek gedaan door één persoon met consequent gebruik van de methoden waardoor de interne betrouwbaarheid van het onderzoek wordt bevorderd.

4. Analyse

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven van het onderzoek naar het effect van het project Veilig Incident Melden op de veiligheidscultuur en het meldgedrag van artsen, arts-assistenten en verpleegkundigen in het Erasmus MC. Eerst worden de resultaten naar aanleiding van de beleidsdocumentenanalyse besproken, waarna de kwantitatieve data (meldgegevens) worden weergegeven. Vervolgens worden, aan de hand van citaten uit de interviews en het conceptueel model, de resultaten besproken. Ten slotte worden de kwantitatieve en kwalitatieve gegevens met elkaar vergeleken.

4.1 Patiëntveiligheid in het Erasmus MC

Een van de adviezen van het rapport van Willems (2004), is het gebruik van een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem (VMS) door alle ziekenhuizen per 1 januari 2008 (Willems 2004). Het Erasmus MC is bezig met het bouwen een VMS. Het ziekenhuis streeft naar een vermindering van onveilige situaties op gebied van patiëntenzorg en ondersteunende processen binnen de organisatie. Het inrichten van een VMS is een instrument om dat te bereiken. Het Erasmus MC heeft het volgende doel voor ogen met een VMS: “het verminderen van (potentieel) onveilige situaties door middel van: de aanwezigheid van systemen t.b.v. de rapportage en de analyse van (on)veilige situaties en (bijna) ongevallen, alsmede activiteiten ter bevordering van veilig gedrag en een veiligheidscultuur” (Erasmus op weg naar een VMS 2006). Een organisatiebreed platform patiëntveiligheid is opgericht om een VMS te ontwikkelen, te implementeren en te borgen. In november 2006 waren er nog geen landelijke richtlijnen en eisen voor een VMS bekend. Het Erasmus MC heeft ervoor gekozen niet af te wachten op een nadere specificatie van het begrip VMS op landelijke niveau en heeft zelf hierover een standpunt ingenomen. De visie van het Erasmus MC splitst zich op in een pro-actieve en een reactieve kant. De pro-actieve kant is gericht op het voorkomen van onveilige situaties en ongewenste uitkomsten. Dit kan onder andere worden verwezenlijkt door het in kaart brengen van risico's en het vastleggen van de juiste werkwijze in organisatiebrede richtlijnen en protocollen. De reactieve kant is gericht op het voorkomen van herhaling van een onveilige situatie waarbij het doel is zoveel mogelijk te leren van incidenten. Dit kan worden verwezenlijkt door audits en het analyseren van incidenten, calamiteiten, klachten en complicaties zodat de herhaalkans kleiner wordt. Het melden en de afhandeling van incidenten vormt dan ook een belangrijk onderdeel van het VMS (Erasmus op weg naar een VMS 2006).

Binnen het Erasmus MC wordt op verschillende plaatsen aan veiligheid gewerkt. Zo zijn werkgroepen opgericht ter verbetering van de medicatieveiligheid en wond- en decubituszorg. Ook wordt gewerkt aan onderwerpen als klinische visitaties, klachtenmanagement, calamiteitenprotocol en complicatieregistraties. Omdat Erasmus MC deelneemt aan het landelijke project Sneller Beter werkt men ook aan het project Veilig Incident Melden (VIM).

4.2 Veilig Incident Melden (VIM) in het Erasmus MC

Het Sneller Beter project Veilig Incident Melden heeft als doel de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid te verbeteren en dus niet om incidenten van medewerkers af te straffen. Op het moment dat een ongewenste gebeurtenis optreedt, vraagt men zich dus niet af wie het gedaan heeft, maar hoe het komt dat het systeem niet gewerkt heeft. Het gaat hier dus om 'blame free reporting' : het kunnen melden van incidenten zonder zelf beschuldigd te worden. VIM zorgt er voor dat men leert praten over 'wat er misging'. Dit kan een belangrijk hulpmiddel zijn om te komen tot een goede veiligheidscultuur (Sneller Beter 2006).

In de zomer van 2006 werd bekend dat het Erasmus MC één van de ziekenhuizen zou zijn die zou gaan deelnemen in de derde tranche van het project Sneller Beter. De toenmalige MIP van het Erasmus MC bevond zich in een overgangsfase naar een centrale MIP-commissie met decentrale MIP-teams. Op 13 mei 2004 besloot de Raad van Bestuur, wegens fusie, dat een overgang gemaakt moest worden naar een centrale MIP-commissie en dat meer nadruk op de decentrale afhandeling van incidenten gelegd moest gaan worden. In het projectplan "MIP in een nieuw jasje 2005" werd deze gewenste situatie beschreven. De centrale MIP-commissie behoort inzage te hebben in alle meldingen en ontvangt per kwartaal een rapportage van de afdelingen. Op deze manier wordt de rol van de MIP-commissie meer toetsend van aard. Daardoor wordt het een instrument om de kwaliteit van zorg te waarborgen en te vergroten. De visie van de centrale MIP-commissie luidt: "Leren van fouten: van gemelde (bijna)incidenten kan geleerd worden, zodat dergelijke gebeurtenissen in de toekomst mogelijk voorkomen kunnen worden" (plan van aanpak MIP in een nieuw jasje, Erasmus MC 2006). De analyse van (bijna)incidenten gebeurt aan de hand van een risicomatrix, gebaseerd op een matrix van de PRISMA-analyse. PRISMA staat daarbij voor Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis. Deze analysemethode legt de diepere oorzaken van incidenten op een uniforme wijze bloot en biedt daarmee een basis voor een structurele verbeteraanpak (ibid.).

In het Erasmus MC wordt in het kader van het VIM project gesproken over decentralisatie MIP. Dit in verband met de ontwikkelingen die al gaande waren. Het

hoofddoel van dit project is het veiliger maken van processen. Door een laagdrempelig meldingsysteem in te voeren kunnen basisoorzaken van incidenten blootgelegd worden met als doel lering daaruit te trekken. Op afdelingen van vier verschillende clusters van het Erasmus MC is het VIM project op 1 januari 2007 van start gegaan onder de naam decentralisatie MIP. Deze afdelingen moesten aan verschillende voorwaarden voldoen om het project succesvol te kunnen uitvoeren. De belangrijkste voorwaarde is het doen ontstaan van een open 'veiligheids'-cultuur waarbij melden van incidenten vanzelfsprekend dient te zijn (Projectplan Sneller Beter Decentrale MIP 2006). Het organisatiebreed platform patiëntveiligheid, dat opgericht is ten behoeve van het VMS, moet bijdragen aan dit project door voldoende draagvlak binnen de organisatie te creëren. Uitgedragen dient te worden dat de meldingen vertrouwelijk worden behandeld, dat het melden van incidenten en bijna-incidenten op eigen initiatief mogelijk is, dat daar open over kan worden gecommuniceerd en dat de bereidheid tot leren als belangrijk wordt ervaren. Ervaringen met decentrale afhandeling van MIP-meldingen moeten worden verspreid door afdelingen binnen het Erasmus MC waar dit al een gewone gang van zaken is (bijvoorbeeld de Kinder Intensive Care van het Sophia) (Erasmus op weg naar een VMS 2006).

4.2.1 Decentrale MIP

De centrale MIP-commissie van het Erasmus MC werkt sinds vorig jaar met decentrale MIP-teams per afdeling. Door het opzetten van decentrale MIP-teams, dus het op afdelingsniveau afhandelen van incidenten, verwacht het Erasmus MC dat er meer accent op de veiligheid kan worden gelegd. Door de verschuiving van de melding en analyse naar decentraal kan een beter resultaat worden gerealiseerd (Sneller Beter 2006). Tot begin 2004 bestonden in het Erasmus MC drie afzonderlijke FONA-commissies op verschillende locaties. Nu worden incidenten decentraal geregistreerd en afgehandeld. De decentrale MIP-teams bestaan uit medewerkers van een betreffende afdeling. Bij voorkeur zit in een team een medisch specialist, een verpleegkundige, een arts-assistent en een leidinggevende van een zelfde afdeling. De taken van de teams zijn het ontwikkelen van een meldprocedure binnen de centrale kaders, het verzamelen en analyseren van incidenten op de afdeling, zorgdragen dat verbeteringen worden ingevoerd, afstemmen met de centrale MIP-commissie en het belangrijkste; het stimuleren van medewerkers om incidenten te melden en hen nauw betrokken te houden (Projectplan Sneller Beter Decentrale MIP 2006). De centrale MIP-commissie heeft ook inzage in alle meldingen en ontvangt van de afdelingen een kwartaalrapportage. De taak van de centrale MIP-commissie is het kijken naar de wijze waarop medewerkers omgaan met het melden van incidenten en het geven van pro-actieve

adviezen aan de directie of Raad van Bestuur (Plan van aanpak MIP in een nieuw jasje, Erasmus MC 2006).

4.3 Kwantitatieve data

Onderstaande kwantitatieve data is verkregen via de centrale MIP-commissie a.i. van het Erasmus MC. De centrale MIP-commissie van het Erasmus MC stelt per drie maanden een kwartaalrapportage op met daarin de cijfers van het aantal meldingen van die afgelopen periode. Het betreft een overzicht van het aantal meldingen, de categorie, de ernst van de meldingen en afdelingsspecifieke gegevens ten aanzien van incidentmeldingen. De afdelingen KinderIC, KinderChirurgie en Neonatologie worden niet meegenomen in de analyse. Deze afdelingen houden vanwege de vele meldingen die daar gedaan worden een aparte incidentenregistratie bij en rapporteren per half jaar aan de centrale MIP-commissie (Managementrapportage MIP, Erasmus MC 2006).

4.3.1 Meldingen organisatiebreed

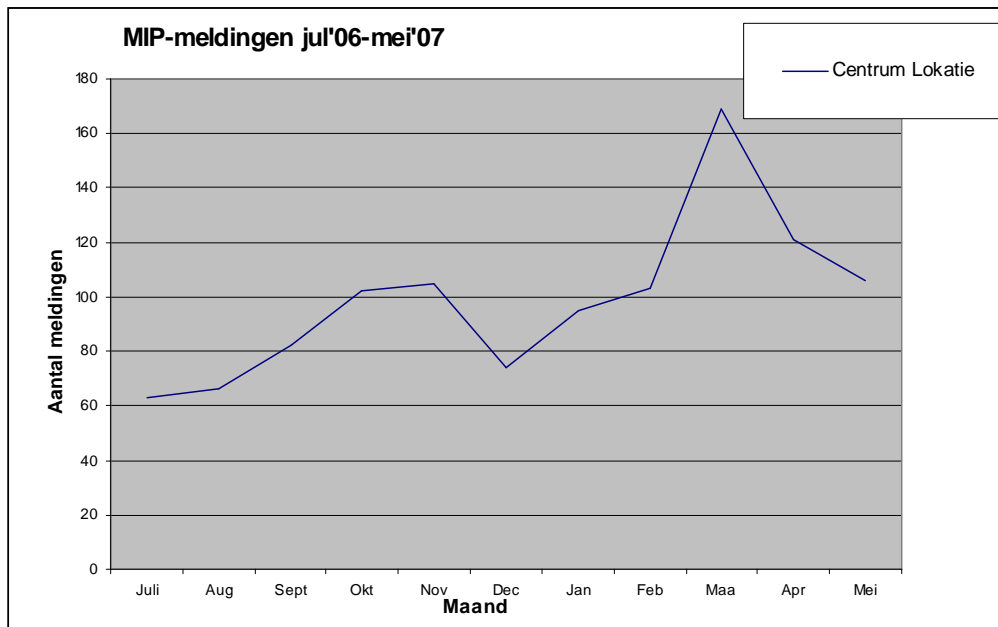
Het Erasmus MC bestaat uit drie locaties (Erasmus MC Centrum Locatie, Erasmus MC-Sophia, Erasmus MC-Daniel den Hoed). Onderstaande tabel bevat gegevens over het aantal meldingen per maand. In deze tabel worden alleen de meldingen weergegeven die in de Centrum Locatie van het Erasmus MC zijn gemeld. De respondenten die benaderd zijn voor dit onderzoek, zijn afkomstig uit de Centrum Locatie. De best practice-situatie is afkomstig uit het Erasmus MC-Sophia (paragraaf 4.8). Locatie Daniel den Hoed wordt in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

Meldingen juli '06 – mei '07	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec	Jan	Feb	Maa	Apr	Mei
Centrum Lokatie	63	66	82	102	105	74	95	103	169	121	106

Bron: Management rapportage MIP Erasmus MC 2006, 2007

Naar aanleiding van de gegevens over de Centrum Lokatie in bovenstaande tabel, is een grafiek gemaakt. In deze grafiek is te zien dat er over het algemeen een stijging is in het aantal meldingen in de tijd. Een daling van het aantal meldingen is te zien in de laatste maand van het vierde kwartaal van 2006. De MIP-commissie verklaart dat in de maand december altijd een lagere bedbezetting bestaat. Minder mensen worden opgenomen door onder andere de feestdagen. Dit is echter niet getoetst door de commissie en kan dus niet hard gemaakt worden. De maanden maart en april 2007 vertonen een duidelijke piek met 169 en 121 meldingen. De MIP-commissie heeft in deze maanden VIM-afdelingen bezocht om medewerkers wegwijs te maken met het meldsysteem. Dit verklaart, volgens de

commissie, waarom het aantal meldingen zo is gestegen. Mei vertoont weer een ‘normaal’ verloop. Uit de rapportage blijkt ook dat de meeste incidenten geschaard kunnen worden onder medicatiefouten, valincidenten en incidenten met materiaal en apparatuur. In de rapportage wordt niet vermeld of de arts, de verpleegkundige of de arts-assistent de melding heeft gedaan (Managementrapportage MIP, Erasmus MC 2006, 2007).

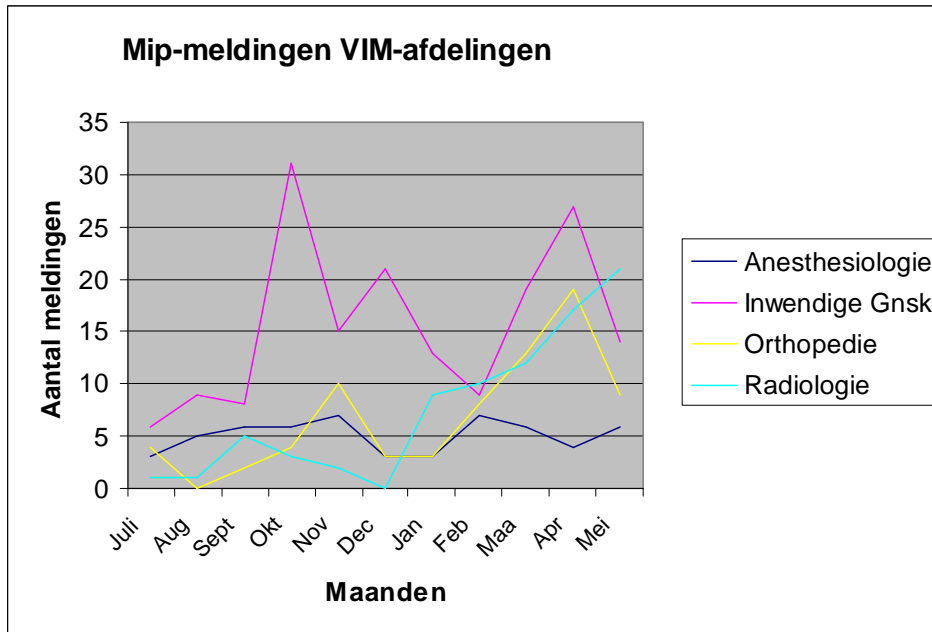


4.3.2 Meldingen VIM-afdelingen

Om een goed overzicht te krijgen van het effect van het project VIM op het aantal meldingen op de afdelingen, is een tabel gemaakt met daarin de gegevens van het aantal meldingen per maand bij een aantal ‘at random’ gekozen VIM afdelingen (Anesthesiologie, Inwendige Geneeskunde, Orthopedie en Radiologie). In dit onderzoek wordt de maand juli 2006 gebruikt als nulmeting waardoor het aantal meldingen in de maanden daarna kunnen gelden als indicator of het project VIM effect heeft of niet.

VIM-afdelingen	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec	Jan	Feb	Maa	Apr	Mei
Anesthesiologie	3	5	6	6	7	3	3	7	6	4	6
Inwendige Gnsk	6	9	8	31	15	21	13	9	19	27	14
Orthopedie	4	0	2	4	10	3	3	8	13	19	9
Radiologie	1	1	5	3	2	0	9	10	12	17	21

Bron: Management rapportage MIP Erasmus MC 2006, 2007



Aan de hand van deze tabel is een grafiek gemaakt waarin te zien is hoe het aantal melding zich verhoudt ten opzichte van de tijd. Bij drie van de vier afdelingen is een piek in maart en april 2007 zichtbaar. Ook dit kan verklaard worden door het bezoek van de MIP-commissie aan die afdelingen. Orthopedie vertoont na een maand zonder meldingen (augustus) een stijgend verloop met in december 2006 en mei 2007 enkele schommelingen. Inwendige geneeskunde vertoont een sterk stijgende lijn, maar het aantal meldingen daalt in het eerste kwartaal van 2007. Daarna is weer een 'normaal' stijgend verloop van aantal meldingen te zien. De MIP-commissie van het Erasmus MC verklaart dat de daling van het aantal meldingen bij Inwendige Geneeskunde te wijten is aan het feit dat de afdeling binnen korte tijd twee keer moest verhuizen. Tijdens deze periode is meer aandacht besteed aan de verhuizing dan aan het melden van incidenten. De Radiologie vertoont, ondanks een schommeling in december een duidelijke stijging in het aantal meldingen. De schommelingen bij alle afdelingen in de maand december 2006 kunnen worden verklaard door dezelfde (niet getoetste) verklaring die gegeven wordt in paragraaf 4.3.1.

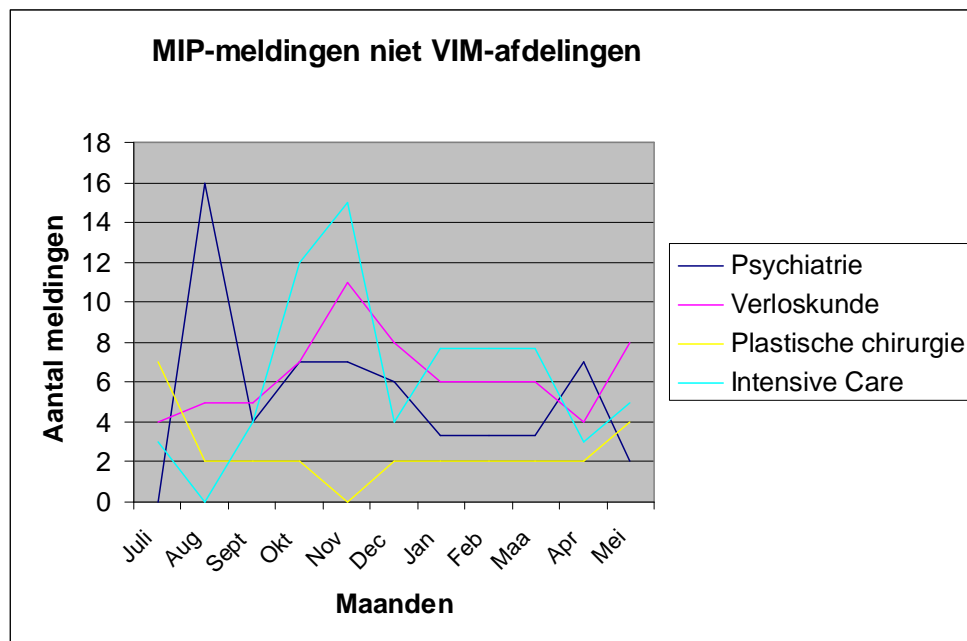
4.3.3 Meldingen niet VIM-afdelingen

Ook is een tabel opgesteld met het aantal meldingen per maand op een aantal 'at random' gekozen niet VIM-afdelingen, zodat een vergelijking kan worden gemaakt met VIM-afdelingen. Onderstaande tabel geeft een aantal afdelingen weer waar het project VIM niet draait. Hierbij moet opgemerkt worden dat over het eerste kwartaal van 2007 de MIP-commissie de gegevens niet opgesplitst heeft per maand, daarom is per maand een

gemiddeld aantal meldingen gehanteerd ten opzichte van het totaal per drie maanden. Aan de hand van de tabel is tevens een grafiek opgesteld.

niet VIM-afdelingen	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec	Jan	Feb	Maa	Apr	Mei
Psychiatrie	0	16	4	7	7	6	3,3	3,3	3,3	7	2
Verloskunde	4	5	5	7	11	8	6	6	6	4	8
Plastische chirurgie	7	2	2	2	0	2	2	2	2	2	4
Intensive Care	3	0	4	12	15	4	7,7	7,7	7,7	3	5

Bron: Management rapportage MIP Erasmus MC 2006, 2007



De afdeling Psychiatrie vertoont een daling van aantal meldingen in september en december, waarna de lijn weer langzaam stijgt. In april 2007 daalt het aantal meldingen weer. Verloskunde vertoont een stijgende lijn tot en met maart. In april 2007 wordt er minder gemeld, waarna het aantal meldingen in mei 2007 weer stijgt. De afdeling plastische chirurgie vertoont een evenredige lijn, met uitschieters in juli 2006 en geen enkele melding in november. De Intensive Care vertoont een stijgende lijn, maar vanaf december 2006 daalt het aantal meldingen. Deze niet-VIM afdelingen vertonen veel schommelingen en bewegen zich ook niet continue in stijgende lijnen.

Bij vergelijking van de grafieken van beide soorten afdelingen (VIM en niet-VIM) kan geconcludeerd worden dat het aantal meldingen op VIM-afdelingen meer stijgen dan bij niet

VIM-afdelingen. Ook vertonen de VIM-afdelingen minder schommelingen en de schommelingen die te zien zijn, kunnen door de MIP-commissie duidelijk worden verklaard.

4.4 Meldgedrag

Het meldgedrag van artsen, arts-assistenten en verpleegkundigen varieert in het Erasmus MC blijkt uit de interviews. Het varieert tussen de beroepsgroepen, maar ook erbinnen. Vanuit de theorie is bekend dat verpleegkundigen de meeste meldingen maken. Uit de interviews blijkt dat de ondervraagde verpleegkundigen ook meer melden dan de ondervraagde artsen en arts-assistenten. Zij geven ook aan dat het incidentmelden leeft op de afdelingen waar ze werken.

(vp) “Ja, ik heb wel eens een incident gemeld. Het ging toen om een onveilige situatie waarbij de zorg van de patiënt in het geding was”

(vp-vim) “Ik heb meerdere incidenten gemeld. Na een melding over het niet nakomen van een vaste afspraak hebben we een A4'tje gemaakt waarop we de vaste afspraken nogmaals hebben vermeld”

(vp-vim) “Ja, incidentmelden leeft bij ons. We hebben een decentrale MIP-commissie. Sindsdien is er meer aandacht voor de MIP. Door middel van klinische lessen hebben we onze medewerkers van de gehele unit bekend gemaakt met het meldingsstelsel”

De verpleegkundige die werkzaam is op de VIM afdeling geeft uitgebreider antwoord dan de verpleegkundige die werkt op een afdeling waar het project nog niet draait. Zij gaat in op de actie die is ondernomen naar aanleiding van het incident en is duidelijk bekend met het decentrale MIP-systeem.

De artsen van de VIM-afdelingen reageren in de interviews verschillend op de vraag naar het melden van incidenten. Het blijkt uit de interviews wel dat ze zich er bewust van zijn dat incidenten gemeld moeten worden.

(sp-vim) “Ja, ik heb vorige week nog twee MIP meldingen gedaan. Meldingen die ik vaker maak, zijn problemen qua faciliterende en logistieke dingen, waarbij er in de organisatie iets mis is gelopen”

(sp-vim) “Laat ik het zo zeggen, ik probeer het zelf wel te doen, maar aan de andere kant, ik realiseer me dat ik dat probleem van afgelopen maandag nog niet gemeld heb”

(sp-vim) “Ik heb wel eens niet bewust een incident niet gemeld. Iets wat ik nu wel zou melden. Omdat er meer aandacht voor is”

De artsen van niet VIM-afdelingen reageren ook verschillend op de vraag of ze wel eens een incident hebben gemeld. Ze geven ook aan dat er meer gemeld wordt door verpleegkundigen.

(sp) “Het incidentmelden leeft negatief op deze afdeling”

(sp) “Ik werk hier nu vier jaar en ik heb een aantal malen incidenten gemeld. Ik weet niet hoe vaak hoor, maar ik heb het wel eens gedaan”

(sp) “De verpleging meldt het meest. Zij melden alle incidenten van het medisch handelen”

(sp) “Dokters rapporteren veel minder incidenten. Dit is omdat de verpleging het al vaker heeft gedaan en omdat het vaak om verpleegkundige dingen gaat. Verhoudingsgewijs werken er ook meer verpleegkundigen dan artsen”

Uit de interviews blijkt dat bij arts-assistenten het incidentmelden weinig leeft. Eén arts-assistent geeft aan wel eens een incident te hebben gemeld omdat hij benieuwd was naar de procedure. Maar over het algemeen komt naar voren tijdens de interviews dat arts-assistenten weinig tot niets melden. Wel geven arts-assistenten aan te weten wat een MIP-melding is, maar ze geven tevens aan dat daar hun prioriteit niet bij ligt.

(aa-vim) “Ja ik heb wel eens een incident gemeld, omdat ik toen in de MIP-commissie zat wilde ik wel eens proberen hoe dat ging, maar verder niet”

(aa-vim) “Ik heb wel eens niet een incident gemeld, de beweegreden daartoe was dat het iets kleins was, waarbij je een heel administratie moet doorlopen, waarbij ik dacht, laat maar zitten. Dit is niet goed, maar het gebeurt wel”

(aa-vim) “Wat bedoel je met incidenten? (...) Dat leeft hier weinig. Het gebeurt eigenlijk nooit, als hier dingen fout gaan of niet goed gaan, koppel je terug bij degene die de fout heeft gemaakt, dat spreek je uit en dan is het klaar. Eigenlijk moet je dan zo'n MIP melding doen. Het is een beetje gemakzucht, het is ook zwaar, als je zo'n melding maakt is het meer officieel en gewichtiger”

In het Erasmus MC gaan de meeste meldingen die gedaan worden over medicatiefouten en valincidenten. Dit blijkt uit de kwantitatieve gegevens, maar de respondenten geven dit zelf

ook aan. Het blijkt uit de interviews dat dit soort meldingen veelal door verpleegkundigen worden gedaan. Vanuit de theorie kan dit verklaard worden door dat verpleegkundigen dagelijks bezig zijn met de patiënt, terwijl de arts de patiënt af en toe ziet tijdens zijn visite.

(sp-vim) "Je ziet over de hele linie meer meldingen over medicatiefouten en valincidenten"

(sp) "Wij zijn een van de betere melders binnen het ziekenhuis. De verpleging meldt redelijk veel, vooral medicatiefouten en valincidenten. Het leeft onder de verpleegkundigen. Er wordt minder door artsen gemeld, het enige soort incident dat zij melden is een suïcide"

(vp-vim) "Ik zit ook in de medicatiefouten werkgroep, daar zie je dat er toch heel wat aan medicatiefouten wordt gemaakt. De meeste meldingen 80% gaat over medicatiefouten. Ook valincidenten komen veel voor"

De respondenten geven dus aan dat verpleegkundigen over het algemeen het meeste melden. Artsen zijn zich er wel van bewust, maar willen er nog wel eens niet aan denken. Bij arts-assistenten leeft het het minst. Onderscheid tussen VIM-afdelingen en niet VIM-afdelingen is het meest merkbaar bij de verpleegkundigen van die afdelingen. Verpleegkundigen van VIM-afdelingen geven uitgebreider antwoord en spreken meteen over de decentrale MIP-teams. Bij artsen en arts-assistenten is het minder merkbaar van welke afdeling ze zijn.

4.4.1 Veiligheidsdenken

McCarthy & Blumenthal (2006) betogen dat veiligheidsdenken kan worden geleerd door training en coaching. Tevens zou het veiligheidsdenken moeten worden ingebed in het zorgsysteem en moet het de norm worden voor de zorgprofessionals. In het Erasmus MC staat patiëntveiligheid hoog op de agenda. Dit blijkt uit projecten die draaien en werkgroepen die bestaan. Tevens is een Platform Patiëntveiligheid opgericht om het thema goed van de grond te krijgen. Bij het management en de leden van deze werkgroepen kan er dus gesproken worden van een zekere mate van veiligheidsdenken. Het belangrijkste is echter het veiligheidsdenken in te bedden op de werkvloer door het uit te dragen naar de zorgprofessionals. Naar aanleiding van de interviews kan gesteld worden dat de verpleegkundigen meer bezig zijn met incidentmelden en veiligheid dan de andere zorgprofessionals en er dus bij hen meer sprake is van veiligheidsdenken. Artsen op VIM-afdelingen weten wat het is, maar soms blijkt dat het melden van een incident toch niet wordt gedaan, of wordt vergeten. De arts-assistenten geven aan weinig te melden en zich weinig te

interesseren voor patiëntveiligheid. Bij hen kan dus gesteld dat het veiligheidsdenken nog niet echt ingebed is.

4.4.2 Urgentiegevoel

Wagner & de Bruijne (2007) geven in hun rapport aan dat bij veel zorgprofessionals en instellingen een gevoel van urgentie voor het melden van incidenten ontbreekt. Zij stellen dat dit gevoel hard nodig is om systematische verbeterinitiatieven te kunnen doen. Het rapport “Onbedoelde Schade” draagt bij aan dit urgentiegevoel doordat zorgprofessionals in het rapport het aantal incidenten, die voorkomen hadden kunnen worden, met eigen ogen kunnen zien. Uit de interviews blijkt dat bij verpleegkundigen meer urgentiegevoel bestaat dan bij artsen en arts-assistenten. Verpleegkundigen geven aan te begrijpen waarom het project is ingevoerd en hebben met eigen ogen gezien dat het nodig was. Arts-assistenten, ongedacht soort afdeling, zien het invoeren van een project als VIM meer als de zoveelste regel die erbij komt.

(aa-vim) “Waarom het project ingevoerd is? Dat is meer gokken, waarschijnlijk is er in het verleden kritiek geweest vanuit mensen die hebben gemeld over mensen. Daar zal wel discussie over zijn geweest. Daarom vast nu een project om de cultuur te veranderen”

(sp-vim) “Het aantal meldingen was laag, dat maakt duidelijk dat niemand daar iets mee had (...) Men is doordrongen van de ernst van de situatie, het eerste halfjaar hebben we meer meldingen”

(aa-vim) “Geen idee, het gaat gewoon op de automatische piloot. Ik vind het nogal veel regeltjes allemaal”

De mate van urgentiegevoel draagt bij aan het meldgedrag van de zorgprofessional. De ondervraagde arts-assistenten geven aan niet te weten waarom het project is ingevoerd, bij hen ontbreekt dan ook het urgentiegevoel wat weer naar voren komt in hun meldgedrag. Bij de ondervraagde artsen en verpleegkundigen bestaat een grotere mate van urgentiegevoel.

4.4.3 Bekendheid

In welke mate is men bekend met het project en de ontwikkelingen rondom de MIP-commissie in het Erasmus MC? In de literatuur wordt beschreven dat veel MIP-commissies kampen met problemen. Zo is het meldcriterium niet bekend (wat moet wel en wat niet gemeld worden) en is de meldbereidheid laag. Medewerkers weten vaak niet hoe de MIP-commissie werkt. Het invullen van een meldformulier kost tijd en de medewerkers

hebben geen zicht op wat er met een melding gebeurt (VMSzorg 2006). Uit de literatuur leren we dat in Nederland doorgaans gekozen wordt voor een breed/ruim meldcriterium. Alles wat niet de bedoeling was moet worden gemeld. Dit wordt gesteld om interpretatieverschillen te voorkomen. De respondenten geven verschillende reacties op de vraag naar het bestaan van een meldcriterium. Uit de interviews blijkt dat er per afdeling niet gecommuniceerd wordt wat gemeld moet worden en wat niet. De verpleegkundigen van beide soorten afdelingen geven aan te weten wat ze wel en niet moeten melden.

(vp) “Ja hoor, ik weet wat ik moet melden en wat niet”

(vp-vim) “Ik weet wat ik moet melden, maar een meldcriterium communiceren ze niet”

De artsen geven ook aan dat er niet gecommuniceerd wordt over een meldcriterium. Uit de interviews blijkt niet dat ze dit als een probleem ervaren.

(sp-vim) “Het is eigenlijk allemaal niet zo strikt. We melden alle onbedoelde schade. Nou weet ik niet of dat zo expliciet is”

(sp-vim) “Over een meldcriterium wordt niet gecommuniceerd. Alles wat mis gaat zeggen we in principe”

Bij de arts-assistenten is ook geen meldcriterium bekend. Als ze iets melden, dan doen ze dat op gevoel.

(aa-vim) “Nee, dat ken ik niet, dat is denk ik subjectief. Hoe het voor jezelf aanvoelt. Het ligt er aan hoe ernstig de fout is. Hoe levensbedreigend het is. Als een infuus verkeerd is aangesloten, is dat ook een incident? Dat is gewoon iets dat kan gebeuren”

De respondenten geven aan vaak te twijfelen over de te hanteren term als het gaat om fouten. Zo hebben ze het over complicaties, incidenten, fouten etc. In het Erasmus MC heeft iedere afdeling een eigen complicatieregistratie. Met een complicatieregistratie kan betrouwbare informatie verzameld worden over het vóórkomen van complicaties (Legemaate 2007). Maar is een complicatie nu ook een incident? Tijdens de interviews komt naar voren dat deze begrippen ook wel door elkaar gebruikt door sommige afdelingen.

(sp-vim) “De omschrijving van incidenten is een relatief begrip. Je kan zeggen dat het een complicatie is. Bijvoorbeeld een nabloeding bij een open hart-operatie dat kan een complicatie zijn, maar als je er nu heel strikt naar kijkt kan het ook een incident zijn. Het is een relatief begrip”

(sp-vim) “Ik weet eigenlijk niet zo goed wat nu een fout is. Dingen die niet zo gaan zoals je wilt? Zelf hebben we als afdeling een definitie voor wat een complicatie is”

(aa-vim) “In principe is hier een incident hetzelfde als een complicatie, het is allebei een ongewenste gebeurtenis, een complicatie is dat ook. Een bijwerking is ook een complicatie, maar een bijwerking is een geaccepteerde geregistreerde gebeurtenis. Een incident is iets wat je niet wenst ofzo”

Bij de interviews komt naar voren dat de zorgprofessionals zich afvragen wat voor begrip nu gebruikt moet worden en wat nu precies gemeld moet worden. In het Erasmus MC wordt, net als in de literatuur, een breed meldcriterium gehanteerd. Uit de interviews blijkt dat hier niet over wordt gecommuniceerd op de afdelingen. De zorgprofessionals gebruiken gedurende de interviews verschillende termen (fouten, incidenten, complicatie) door elkaar heen. Zij geven aan niet te weten welk begrip nu het beste gehanteerd kan worden.

Tijdens de interviews is gevraagd in hoeverre men bekend is met het VIM project (of Decentrale MIP). De artsen en verpleegkundigen die in verband met hun functie iets te maken hebben met het project gaven allemaal aan bekend te zijn met het project. Er is verschil te merken tussen zorgprofessionals van VIM-afdelingen en zorgprofessionals van niet VIM-afdelingen.

(aa-vim) “Decentrale MIP? Nog nooit van gehoord, maar ik kan me er wel wat van voorstellen”

(sp) “VIM? Daar ben ik niet bekend mee. Ik vind het maar een kliklijn idee”

(sp-vim) “Ja natuurlijk. Ik zie absoluut het nu van een decentrale MIP verwerking. Je hebt meer inzicht en je bent uiteindelijk de partij die het anders moet organiseren en voorkomen”

(aa-vim) “Nee heb er hier niets van gehoord moet ik je eerlijk zeggen. Iedere dag openen we met stafoverleg, daar worden aankondigingen gedaan voor dingen die lopen maar verder hebben we het daar niet over gehad” *

(vp-vim) “Vorig jaar toen we begonnen hebben we voor het gehele cluster twee keer een presentatie gegeven in het auditorium en daar waren maar twee assistenten heen gekomen. We krijgen eigenlijk nooit meldingen van assistenten, eigenlijk alleen maar van verpleegkundigen” *

** Bij laatste twee citaten moet vermeld worden dat beide professionals werkzaam zijn op dezelfde afdeling.*

Artsen en verpleegkundigen van de VIM-afdelingen geven aan dat ze bekend zijn met het project. De ondervraagde arts-assistenten, ongeacht de soort afdeling, geven over het algemeen aan niet bekend te zijn met het project dat momenteel draait in het Erasmus MC. Opmerkelijk daarbij is dat een verpleegkundige van eenzelfde afdeling als een arts-assistent aangeeft een afdelingsbrede bijeenkomst te hebben georganiseerd bij de start van het project. Zij geeft ook aan dat daarbij maar twee arts-assistenten bij aanwezig waren. Hieruit blijkt dat er weinig interesse bestaat bij de arts-assistenten voor incidentmelden.

4.5 Veiligheidscultuur

Uit de literatuur blijkt dat een veiligheidscultuur essentieel is bij het stimuleren van zorgprofessionals om hun incidenten te melden. Een 'blame free' cultuur is daarbij belangrijk, waarbij de zorgprofessional veilig zijn of haar incidenten kan melden en vrijuit daarover kan communiceren met collega's en de patiënt. Openheid, transparantie en vertrouwen tussen zorgprofessionals en patiënten, maar ook tussen staf en management, zijn hierbij belangrijke aspecten. De respondenten geven aan over het algemeen een veiligheidscultuur te ervaren. Vooral de artsen en verpleegkundigen reageren hier positief op. De arts-assistenten geven hun eigen visie in de interviews.

(sp) "Er is een veiligheidscultuur ontwikkeld, we kijken naar onze complicaties natuurlijk. Daarin is iedereen geïnteresseerd. In fouten minder, dat is wat persoonlijker"

(sp-vim) "Veiligheidscultuur is afhankelijk van waar je zelf bent opgegroeid en wat je hebt meegekregen"

(vp) "Er wordt veel nadruk gelegd op de veiligheidscultuur. Men wordt er ruimschoots op geattendeerd"

(aa-vim) "We krijgen hier een cursus over infectiepreventie en behoudens alle dingen op afdelingen zoals naalden etc. Wat we ook meekrijgen is het belang van handen wassen"

(aa-vim) "Ik denk dat het wel een soort van moeilijk en ongemakkelijk gevoel geeft om te melden. Je hebt vaak het gevoel dat je iemand ergens zeg maar, het zint je niet en je gaat bij een andere instantie daarvan een melding maken..... Dat geeft vaak zo'n gevoel van klikken, overal worden fouten gemaakt dus dat hoeft niet, maar het is wel menselijk"

De ondervraagde artsen geven zelf aan dat een veiligheidscultuur meer bestaat bij de verpleegkundigen.

(sp-vim) “Bij verpleegkundigen bestaat al meer een veiligheidscultuur dan bij artsen. Zij melden het meest”

Doorvragen tijdens de interviews wijst uit dat vooral artsen en arts-assistenten doelen op een goede complicatieregistratie en/of het zorgvuldig omgaan met naalden. Als daarna wordt gevraagd of ze wel eens melden of bekend zijn met het VIM project linken ze dit niet meteen met de veiligheidscultuur. De respondenten hebben dus hun eigen visie op een veiligheidscultuur.

4.5.1 Openheid en transparantie

Openheid over incidenten is een belangrijk aspect van een veiligheidscultuur. Door een incident bespreekbaar te maken, wordt het uit de taboesfeer gehaald. Door er over te praten kan duidelijk worden gemaakt aan de zorgprofessional dat het er niet om gaat dat hij of zij die fout heeft gemaakt, maar dat wordt gekeken waar de fout in het systeem zit en hoe het opgelost kan worden. Belangrijk hierbij is de openheid en transparantie naar elkaar toe. De respondenten reageren hier verschillend op. Een arts van een VIM-afdeling geeft tijdens het interviews aan zelf open te zijn over incidenten naar anderen toe. Een arts van een niet VIM-afdeling geeft daarentegen aan niet toe te laten dat iemand over hem meldt.

(sp-vim) “Ik geef ook mijn fouten toe. Die rapporteer ik in de ochtendoverdracht. In eerste instantie lachten mensen een beetje zenuwachtig”

(sp) “Als iemand over mij zou melden, dan zou ik de onderste steen boven halen wie dat heeft gedaan”

Dat openheid van belang is tussen de zorgprofessionals wordt geïllustreerd door een voorbeeld van een verpleegkundige.

(vp-vim) “Vorig jaar was er een arts-assistent, die had een melding gedaan, die is daarna op het matje geroepen bij de arts. Nou, die meldt dus nu nooit meer een incident, dat zegt ie zelf ook, dat is jammer dat dat gebeurt”.

Uit de interviews blijkt dat respondenten openheid en transparantie over incidenten nog niet als normaal ervaren in het ziekenhuis. Vooral de arts-assistenten geven aan moeite te hebben met openheid over hun incidenten. Zij zijn bang dat de arts hen hier op afrekent. Artsen die het goede voorbeeld geven, zijn belangrijk. Uit de interviews blijkt dat nog niet alle

artsen beseffen dat ze een belangrijke voorbeeldfunctie hebben in het kader van het bevorderen van de patiëntveiligheid. Dit geven de arts-assistenten zelf aan.

(aa-vim) “Het moet binnen een sfeer van openheid kunnen. Je ziet wel bij mensen die hier langer werken, die vinden het wel moeilijk om over zichzelf te melden, die melden vaker over anderen. Nu is dat beter, er is meer openheid”

(aa-vim) “Ik heb wel eens dingen gezien, dat ik achteraf dacht, daar hadden we misschien iets mee moeten doen. Maar dat is zo'n situatie, je bent een jonge assistent, net hier in dienst en dan is het wat moeilijk. Je weet niet hoe er hier mee om wordt gegaan, dat is lastig”

4.5.2 Vertrouwen

Uit de literatuur blijkt dat vertrouwen creëren ook een belangrijk aspect is van het bevorderen van een veiligheidscultuur. Zorgprofessionals zullen meer incidenten melden als ze merken dat er een open en vertrouwelijke cultuur bestaat tussen collega's onderling en naar het management toe. Uit de interviews blijkt dat arts-assistenten soms niet durven melden omdat ze in de arts hun meerdere zien. Uit de interviews blijkt dat als je als arts goed reageert op meldingen en er open over kan praten, de arts-assistent ook durft te melden.

(aa-vim) “Meer en meer komt besef dat veilig melden kan. Tot voor kort lag dit voor de arts-assistenten wat gevoeliger. Maar het wordt op een normale manier ontvangen als je een incident begaat. Daardoor gaan we hier nu makkelijker mee om”

4.6 De lerende organisatie

De literatuur zegt dat een lerende organisatie leert van haar incidenten en er alles aan doet om dit niet weer te laten gebeuren. Om een goede lerende organisatie te zijn, zijn een aantal factoren van belang die ervoor moeten zorgen dat er ook een 'leerbaar' klimaat aanwezig is. Twee van deze factoren zijn motivatie door de leiding en het terugkoppelen van feedback waarvan geleerd kan worden. Reason (1997) beschreef een lerend klimaat als voorwaarde voor een goede veiligheidscultuur. Aan de hand van de in het conceptueel model opgestelde criteria, wordt gekeken in hoeverre het Erasmus MC voldoet aan de eisen van een lerende organisatie.

4.6.1 Motivatie door leiding

McCarthy & Blumenthal (2006) stellen dat het belangrijk is dat de leiding van de organisatie de medewerkers moet aanmoedigen en motiveren om te melden. De Raad van Bestuur,

afdelingshoofden en leidinggevenden van het Erasmus MC zouden het veiligheidsdenken uit moeten dragen en het goede voorbeeld moet geven. Door dit te doen gaan medewerkers het ook belangrijk vinden.

Uit de interviews blijkt er verschil is tussen de artsen in uitdragen van veiligheidsdenken naar de afdeling toe. Artsen horen het goede voorbeeld te geven en door een aantal van de ondervraagde artsen in het Erasmus MC gebeurt dat ook zeker. Veelal zijn dat artsen die zelf een rol spelen bij het thema patiëntveiligheid in het Erasmus MC blijkt uit de interviews.

(sp-vim) "Ik heb een gesprek met iedere arts-assistent als ze beginnen met de opleiding. Dan zeg ik, je gaat fouten maken, wees daar open in. (...) Ik wil het altijd weten, wees open naar je collega op dat moment, naar het staflid en naar mij en ik zal je er niet primair op afrekenen. (...) Ik geef ook mijn fouten toe. Die rapporteer ik in de ochtendoverdracht"

(sp-vim) "We hebben heel nadrukkelijk geprobeerd om het naar de werkvloer te brengen. Dat is iets dat door belangrijke mensen in de organisatie niet alleen gesteund, maar ook uitgedragen dient te worden naar de werkvloer. De Raad van Bestuur en afdelingshoofden zijn die mensen. Er is een groot aantal afdelingshoofden die het niet reusachtig vinden dat er meer werkoverleggen komen, waarin dit besproken moet worden met 'verschillende lagen van de bevolking'. Daar zitten ze niet op te wachten"

(sp-vim) "Ik geef zelf de assistenten niets mee over veiligheid. Beetje indirect krijgen ze het misschien mee, maar ik heb ze niet de hele tijd onder mijn hoede. Ik heb ook geen instructie gekregen om dat te doen"

De arts-assistenten geven tijdens de interviews aan dat gedurende hun opleiding geen aandacht wordt geschonken aan patiëntveiligheid en incidentmelden. Tevens blijkt dat ze daar vaak ook niet op zitten te wachten, ze willen het medische vak onder de knie krijgen.

(aa-vim) "Tijdens de opleiding is er heel weinig tot geen aandacht voor veiligheid en melden. Als arts-assistent loop je daar op een afdeling tegenaan. Dan hoor je dat als iets fout gaat je dat moet melden. Je moet het eigenlijk zelf een beetje uitzoeken hoe het werkt"

(aa-vim) "In de opleiding krijg je weinig over veiligheid. Met betrekking tot incidenten? Daar krijg je niets van mee. Je weet zelf dan wel dat er een fonasysteem is, maar verder hoor je daar weinig van. Het is natuurlijk wel belangrijk dat er een bepaalde mate van veiligheid bestaat, maar om me daar nu in te gaan verdiepen..."

4.6.2 Feedback en leerstijl

Feedback naar aanleiding van de melding is een belangrijk onderdeel van een goed functionerend meldsysteem blijkt uit de literatuur. Onder feedback wordt dan verstaan het terugkoppelen van wat met de melding is gebeurd, het frequent aangeven van trends en het aangeven van verbeteracties. Feedback kan worden teruggekoppeld in bijvoorbeeld werkoverleggen of dagbesprekingen (Legemaate 2007). Uit de literatuur en uit de praktijk blijkt dat nog steeds onvoldoende feedback gegeven wordt. Dit is een belangrijke reden voor zorgprofessionals om niet te melden. De melder wil zien wat de effecten zijn van zijn actie (ibid.). Voldoende terugkoppeling van feedback is noodzakelijk om van de incidenten te kunnen leren en ze in de toekomst te voorkomen (Zorgmarkt 2007). Deze cyclus is onderdeel van de lerende organisatie zoals beschreven door Argyris & Schön (1978) en hangt de leerstijl double loop learning aan. Door steeds te kijken wat fout gaat (daar is feedback voor nodig) kan geleerd worden. De respondenten geven aan nog niet altijd feedback teruggekoppeld te krijgen. Vooral artsen en arts-assistenten van VIM-afdelingen én niet VIM-afdelingen geven dit aan. Verpleegkundigen geven aan wel feedback te krijgen en er ook iets mee te doen.

(vp-vim) “Alle meldingen worden geanalyseerd (..) De medewerkers krijgen een terugkoppeling waarin staat vermeld wat er met hun melding is gebeurd. De MIP komt teug in elk werkoverleg en er wordt in de maandelijkse nieuwsbrief geschreven over de stand van zaken rondom de MIP”

(sp-vim) “Ja, over het algemeen krijgen we wel feedback terug, verbeteracties die zetten we zelf op touw. Laatst deden we een melding over het ontbreken van OK-capaciteit in de nacht, krijg ik een rapportage terug van de MIP-commissie waarin staat dat wij eigenlijk geen grond hebben om te klagen. Dat bleek met name toch een politiek antwoord. Diegene die daarover gaat zit namelijk in de MIP-commissie”

(aa-vim) “Nee, ik denk dat feedback hier niet tot heel weinig wordt ontvangen....”

(aa-vim) “Ik hoor hier wel eens zeggen dat ze er nooit meer wat van horen. Dat is jammer, want dan heeft het geen zin”

(sp-vim) “Nee, ik heb er geen ervaring mee dat feedback wordt ontvangen”

(aa-vim) “Nee nog nooit gezien. Slecht, want dat bevordert niet de wil om in het vervolg een incident te melden”

(sp) “Nee, over MIP-meldingen wordt niet voldoende feedback teruggekregen, vind ik. Dat zou beter moeten. Als de melding gedaan is moet duidelijkheid komen van die commissie of er wel of geen aanleiding is tot verbetering”

Verpleegkundigen geven aan wel feedback te ontvangen en het te bespreken in werkoverleggen. Artsen reageren verschillend over het ontvangen van feedback. Arts-assistenten geven aan nooit iets van feedback terug te zien. Feedback krijgen is belangrijk in het kader van het project. Het kan de zorgprofessional motiveren de volgende keer weer iets te melden, omdat hij ziet dat er iets mee gedaan wordt. Van feedback kan geleerd worden, en dat is wat men in de lerende organisatie wil bereiken. Uit de interviews blijkt dat de respondenten met mate feedback ontvangen. Hierdoor heeft de zorgprofessional geen inzicht in de achtergrond van het probleem. Zo heeft hebben zij geen idee hoe zij het de volgende keer goed kunnen doen.

4.7 Kwantitatieve data vs. Kwalitatieve data

De kwantitatieve gegevens geven een indicatie van het aantal meldingen van de laatste maanden in het Erasmus MC, met als nulmeting de maand juli 2006. Uit de grafiek met organisatiebrede meldingen van juli 2006 tot mei 2007 kan geconcludeerd worden dat er een stijgende lijn plaatsvindt in het aantal meldingen in de tijd met een daling in december 2006 en een piek in maar 2007. De grafieken van de VIM-afdelingen en de niet VIM-afdelingen wijzen uit dat op de VIM-afdelingen het aantal meldingen meer stijgt dan bij de niet VIM-afdelingen. Verder zijn er meer schommelingen merkbaar bij niet VIM-afdelingen. De MIP-commissie a.i. van het Erasmus MC beaamt de stijging in aantal organisatiebrede meldingen. Ten opzicht van twee jaar geleden zijn er nu vier keer zoveel meldingen die maandelijks binnenkomen. De kwantitatieve gegevens geven de harde cijfers weer. Naar aanleiding van de interviews komt naar voren hoe patiëntveiligheid en incidentmelden leeft binnen de organisatie. Uit de interviews blijkt dat er nog wel sprake is van onwetendheid op gebied van patiëntveiligheid binnen de organisatie. De respondenten hebben nog niet altijd een urgentiegevoel en weten soms niet wat het VIM project inhoudt. Ook meldt nog niet iedereen incidenten. Vooral de ondervraagde arts-assistenten geven aan weinig tot niets te melden. Uit de interviews blijkt dat het incident melden onder verpleegkundigen wel erg leeft. Helaas zijn de kwantitatieve gegevens niet uitgesplitst naar functie van de melder, zodat aan de hand daarvan niet kan worden gekeken of dit uit de cijfers ook blijkt.

4.8 Best practice Kinder IC Erasmus MC-Sophia

Zoals eerder vermeld bestaat het Erasmus MC uit drie locaties (Erasmus MC Centrum Locatie, Erasmus MC-Sophia, Erasmus MC-Daniel den Hoed). Een aantal units van het Erasmus MC-Sophia registreert hun meldingen apart omdat daar heel veel gemeld wordt. Onderstaande tabel laat zien hoeveel gemeld wordt op drie units van het Erasmus MC-Sophia (IC Chirurgie, IC Neonatologie en IC Pediatrie) ten opzichte van het aantal meldingen bij alle units van de Centrum Locatie. Zo worden jaarlijks op de Centrum Locatie 1150 meldingen gedaan ten opzichte van 3616 meldingen van drie units uit het Sophia. In deze paragraaf wordt een praktijkvoorbeeld weergegeven van een onderdeel van het Erasmus MC, Erasmus MC-Sophia, dat als best practice voor de Centrum Locatie kan worden gezien.

Aantal meldingen Centrum Locatie	1150
Aantal meldingen Erasmus MC-Sophia:	
IC Chirurgie: 626	
IC Neonatologie: 1120	
IC Pediatrie: 1870	3616

Bron: Prestatie-indicatoren MIP Erasmus MC 2007

Een deel van het Erasmus MC-Sophia is een voorloper op gebied van veiligheid ten opzicht van de Centrum Locatie. Eind 2003 is op de KinderIC en de IC Neonatologie het project Safety First van start gegaan. Het doel van dit project was de patiëntveiligheid en de kwaliteit van zorg te verhogen. Informatie voor dit project werd ingewonnen bij onder andere The Hospital for Sick Children in Toronto, Canada. In 2003 hebben een aantal zorgprofessionals uit het Sophia een werkbezoek gebracht aan dit ziekenhuis. In Toronto wordt al een tijd gewerkt met het 'blame free' rapporteren van incidenten en bijna-incidenten. Er wordt gebruik gemaakt van een formulier voor het melden van deze incidenten, er is een maandelijkse vergadering waarin de stand van zaken wordt besproken en er vindt onderzoek plaats naar waar veranderingen noodzakelijk zijn. Dit geheel is compleet ingebed in de zorg voor elke patiënt (Sneller Beter 2004).

Het Safety First project bestaat uit vier onderdelen: (1) Critical Nursing Situation Index (CNSI) waarbij elke observeerbare situatie die afwijkt van goede klinische zorg en die potentieel zou kunnen leiden tot een bijwerking of complicatie aan de hand een lijst met 190 items, opgesteld aan de hand van protocollen, wordt blootgelegd. Door deze scores kan men zien welke gevaarlijke situaties voor kunnen komen. Aan de hand daarvan vinden acties plaats zoals bijscholing en het herschrijven van protocollen. (2) Complicatieregistratie; na een pilot bleek dat er grote verschillen in aantallen complicaties bestonden tussen afdelingen en ziekenhuizen, een nieuwe pilot is daarom gestart om een betrouwbare complicatielijst vast te

stellen, zodat kan worden bepaald hoe het registreren van complicaties geïntegreerd kan worden in het werkproces. (3) Crew Resource Management (CRM); een trainingsmethode die afkomstig is uit de luchtvaart. Het effectief functioneren in een team en betere communicatie heeft daar tot aantoonbare verbetering van de veiligheid geleid. Ook in de zorg kunnen incidenten toegeschreven worden aan onvolkomenheden in de onderlinge communicatie binnen medische teams. Alle zorgprofessionals van het Sophia hebben een cursus gevolgd die toegesneden is op de medische zorg. Een aantal knelpunten kwamen hieruit naar voren. Zo is het op de IC vaak te rumoerig en rolverdelingen zijn niet altijd duidelijk. Een opgerichte werkgroep is aan de slag gegaan met de uitkomsten van deze cursus. (4) Vrijwillig Incident Melden (Safety First Reports) waarbij met behulp van een meldingsformulier wordt gestreefd naar het registreren van alle (bijna) incidenten op de afdeling (Platform Patiëntveiligheid 2006). Zorgprofessionals werden gestimuleerd om alles te melden wat (bijna) niet zo ging zoals het hoorde en “alles wat niet de bedoeling was”.

“Iedereen mag melden, niemand wordt aangesproken op dat hij meldt, je wordt juist bedankt voor het feit dat je een melding hebt gedaan” (stafid KinderIC Sophia)

Een systeem van ‘blamefree’ rapporteren van incidenten was zeer noodzakelijk: een systematische benadering van patiëntveiligheid die de meldingsfrequentie verhoogt, geeft namelijk meer inzicht in de zwakke schakels in de zorg, zodat daarop actie kan worden ondernomen (Platform Patiëntveiligheid 2006). Ook van belang daarbij was en is dat hoe mee aandacht stafleden en artsen er aan schenken, hoe meer meldingen er komen. In 2005 kwamen er 1600 meldingen binnen van de KinderIC, waarbij medicatiefouten de meeste gemelde incidenten waren. Uit de analyse kwam naar voren dat vooral verpleegkundigen de meldingen deden. Men is niet meer bang om te melden op de KinderIC, er wordt veel gemeld. Omdat er veel meldingen worden gedaan, moet er soms een selectie worden gemaakt met welke melding iets gedaan gaat worden.

“Er is wel een verschuiving geweest. In het begin waren het allemaal peanuts dingen en af en toe iets ernstigs. Toen hadden we zoiets van zie je wel, mensen durven nog helemaal niet of ze weten het niet. Dat wordt nu steeds beter. Er is nog steeds onderrapportage, maar mensen gaan steeds meer over zichzelf melden” (Stafid KinderIC Sophia)

Naar de medewerkers toe vindt veel feedback plaats. Er wordt veel terugrapportage gedaan, bijeenkomsten georganiseerd en er worden journaals opgehangen op de afdelingen. Belangrijk is dat alle professionals meedoen.

“Wat in het begin ook heel belangrijk was, was dat we een tiental verpleegkundigen lieten meewerken in een brainstormgroep. Daar werden veel voorkomende en ernstige meldingen besproken. Ze konden meedenken over oplossingen. Daarmee heb je al een clubje dat meedenkt en dat merkt dat er iets aan de meldingen gedaan wordt. Dit wordt dan uitgespreid over de afdeling” (Staflid KinderIC Sophia)

In het Sophia loopt het project Vrijwillig Incident Melden onder andere goed doordat alle zorgprofessionals meedoen en denken. Vanaf het begin is de werkvloer overal bij betrokken. Belangrijk is het uitleggen van de reden van het project aan de werkvloer en continu laten blijken dat er iets met de meldingen wordt gedaan en dat er successen worden geboekt. Ook het meedoen van hoger management en stafleden speelt een grote rol.

“Bij het creëren van een veiligheidscultuur is het van belang dingen die gebeurt zijn open worden besproken. Daarbij moet je laten zien dat niet naar de persoon is gekeken, maar naar het systeem. Ook moet de staf eigen fouten open toegeven en bespreken”

Het Sophia is een onderdeel van het Erasmus MC. Hoe het er hier aan toe gaat op gebied van incidentmelden, kan een voorbeeld zijn voor de Centrum Locatie. Daarom wordt in dit onderzoek gesproken van een best practice situatie. De locaties zitten bijna samen onder één dak waardoor het samenwerken en het ‘afkijken’ bij elkaar gemakkelijk zou moeten zijn.

5. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de conclusies ten aanzien van de onderzoeksvraag besproken en wordt een aantal aanbevelingen gedaan ten aanzien van de organisatie. In de eerste paragraaf worden de antwoorden per deelvraag beschreven. De tweede paragraaf geeft een algehele conclusie. In de derde paragraaf worden aanbevelingen gedaan richting het Erasmus MC en besproken wat dit onderzoek voor het ziekenhuis kan betekenen.

5.1 Conclusies per deelvraag

In deze paragraaf zullen de deelvragen aan bod komen die in de inleiding zijn geformuleerd. Per deelvraag zal een conclusie worden geformuleerd. In de tweede paragraaf zal aan de hand van deze conclusies een algehele conclusie worden weergegeven.

5.1.1 Hoe kan een veiligheidscultuur gedefinieerd worden?

In de literatuur worden verschillende kenmerken van een veiligheidscultuur beschreven. Veel auteurs noemen het belang van een open, transparante en vertrouwelijke cultuur waarin medewerkers bereid zijn om van incidenten te leren. Binnen een organisatie met een veiligheidscultuur is het melden en bespreken van incidenten en bijna-incidenten vanzelfsprekend en kan dus 'veilig' gebeuren. Dit wordt 'blame free reporting' genoemd. De literatuur laat ook zien dat het realiseren van een veiligheidscultuur complex is. Het hangt samen met verschillende aspecten zoals gevoelens, percepties en ervaringen van mensen. Ook is het belangrijk dat medewerkers training en coaching krijgen van hun leidinggevende. Zij moeten het goede voorbeeld geven. Een veiligheidscultuur kan dus gedefinieerd worden als een 'blame free' cultuur waarin het veilig is om incidenten en bijna-incidenten te melden en te bespreken in een open, transparante en vertrouwelijke cultuur.

5.1.2 Hoe ervaren de zorgprofessionals de veiligheidscultuur in het Erasmus MC?

In het Erasmus MC reageren zorgprofessionals verschillend op de vraag of ze een veiligheidscultuur ervaren in het ziekenhuis. Verpleegkundigen, ongeacht VIM- of niet VIM-afdeling, geven tijdens de interviews aan dat ze een dergelijke cultuur wel ervaren. Zij zijn dan ook veel bezig met melden en het bespreken van incidenten. Openheid en transparantie zijn bij de verpleegkundigen geen onbekende begrippen. Zij geven aan dit te herkennen op de afdeling. Arts-assistenten geven echter aan dat ze moeite hebben om open te zijn over hun incidenten. In de interviews komt naar voren dat ze soms bang zijn dat de arts, die ze zien als hun meerdere, hen zal afrekenen op hun incidenten. Dit komt ook naar voren bij

arts-assistenten die werken op een VIM-afdeling. Naar aanleiding hiervan zou geconcludeerd kunnen worden dat er niet altijd sprake is van vertrouwen tussen de arts-assistent en de arts. Dit kan een reden zijn waarom arts-assistenten in het Erasmus MC over het algemeen niet veel incidenten melden. Arts-assistenten reageren tijdens de interviews wel positief op het ervaren van een veiligheidscultuur. Doorvragen wijst dan echter uit dat ze het dan hebben over zaken als het zorgvuldig omgaan met naalden en dus niet met het melden van incidenten. Er kan geconcludeerd worden dat bij verpleegkundigen meer een veiligheidscultuur bestaat dan bij arts-assistenten. Naar aanleiding van de interviews kan gesteld worden dat de totstandkoming van een veiligheidscultuur in het Erasmus MC nog bevorderd kan worden.

5.1.3 Hoe wordt vormgegeven aan het project VIM in het Erasmus MC?

Het project Veilig Incident Melden (VIM) is een project binnen Sneller Beter pijler 3, waar het Erasmus MC aan deelneemt. VIM is op 1 januari 2007 van start gegaan binnen vier verschillende clusters in het Erasmus MC. Het Erasmus MC verwacht dat, doordat het melden van incidenten voor de zorgprofessional tot een vast en logisch onderdeel zal gaan behoren, de kwaliteit van zorg en de patientveiligheid wordt verbeterd. Het Erasmus MC bevond zich al in een overgangsfase naar een centrale MIP-commissie met decentrale MIP-teams. Het VIM project is daarom onder de naam decentralisatie MIP van start gegaan. Door het opzetten van decentrale MIP-teams kunnen incidenten worden gemeld en worden afgehandeld op afdelingsniveau. Een decentraal MIP-team bestaat bij voorkeur uit een medisch specialist, een verpleegkundige, een arts-assistent en een leidinggevende van dezelfde afdeling. De taken van een team variëren van het ontwikkelen van een meldprocedure binnen centrale kaders en het verzamelen en analyseren van incidenten tot afstemming met de centrale MIP-commissie en het stimuleren van medewerkers om incidenten te melden en hen betrokken te houden. De teams rapporteren maandelijks naar de centrale MIP-commissie. De centrale MIP-commissie voegt deze rapportages samen tot een organisatiebrede management-samenvattingen en adviseert aan de hand daarvan de directie of de Raad van Bestuur.

5.1.4 Hoe kan het meldgedrag van zorgprofessionals in het Erasmus MC worden beschreven?

Uit de literatuur blijkt dat het meldgedrag van zorgprofessionals kan verschillen per beroepsgroep. Uit een recent onderzoek van Onderzoeksbureau PASA blijkt dat 53% van de medisch specialisten nog nooit een incident heeft gemeld. Verder blijkt dat verpleegkundigen

meer melden. Uit de interviews blijkt dat dit ook in het Erasmus MC het geval is. Ook binnen de beroepsgroepen blijkt er verschil in melden te bestaan. Dit kan in sommige gevallen verklaart worden door het feit dat op de afdeling het project wel of niet draait.

Verpleegkundigen melden de meeste incidenten. Het maakt hierbij niet uit of de verpleegkundige werkzaam is op een VIM-afdeling of niet. Artsen van VIM-afdelingen zijn zich bewust van het feit dat ze hun incidenten moeten melden. Toch doen ze het nog niet allemaal en bestaat een verschil in melden tussen artsen. Uit de interviews blijkt dat arts-assistenten weinig melden. Zij melden van alle zorgprofessionals het minste. De arts-assistenten geven aan te weten dat de MIP-commissie bestaat en dat ze hun incidenten behoren te melden, maar zeggen hun prioriteiten elders te leggen. De respondenten noemen zelf als reden voor het verschil in melden dat verpleegkundigen meer betrokken zijn bij de patiënt en meer met de patiënt bezig zijn, dat artsen het melden van een incident wel eens vergeten en dat arts-assistenten zich meer interesseren voor medisch inhoudelijke zaken.

In dit onderzoek zijn een aantal criteria opgesteld voor het bepalen van het meldgedrag in het Erasmus MC: mate van veiligheidsdenken, urgentiegevoel en bekendheid met het project. Het veiligheidsdenken in het Erasmus MC staat hoog op de agenda. Dit blijkt uit projecten die draaien en werkgroepen die bestaan. Er is een Platform Patiëntveiligheid opgericht en verschillende werkgroepen ter bevordering van onder andere medicatieveiligheid en wond- en decubituszorg. Bij deze werkgroepen is het veiligheidsdenken zeker aanwezig. Het belangrijkste is echter dat het op de werkvloer leeft en dat het veiligheidsdenken daar goed ingebed wordt en uitgedragen wordt door managers. Uit de interviews blijkt dat dit nog niet optimaal is. Het verschilt tussen de afdelingen, tussen de beroepsgroepen en ook binnen de beroepsgroepen. Bij de verpleegkundigen, ongeacht VIM- of niet VIM-afdeling, kan gesproken worden van een zekere mate van veiligheidsdenken. De artsen van de VIM-afdelingen hebben ook het besef dat veiligheidsdenken belangrijk is, toch vergeten zij nog wel eens te melden. De arts-assistenten geven aan niet vaak stil te staan bij incidentmelden. Het veiligheidsdenken bij hen kan dus matig genoemd worden. Urgentiegevoel bestaat ook meer bij verpleegkundigen dan bij artsen en arts-assistenten. Verpleegkundigen geven aan goed te begrijpen waarom de patiëntveiligheid bevordert moet worden en waarom het VIM-project is ingevoerd in het Erasmus MC. Zij zien op de afdeling vaak met eigen ogen waarom het nodig is. Arts-assistenten geven aan dat ze het zien als een zoveelste regel die opgelegd wordt door het hoger management. Niet alle zorgprofessionals zijn bekend met het VIM-project. Ook sommige artsen en arts-assistenten op VIM-afdelingen geven aan het project niet te kennen, terwijl de verpleegkundige van dezelfde afdeling aangeeft dat bij de start van het project een

bijeenkomst is geweest. Vanuit de afdeling is er dus wel aandacht geweest voor het project, maar de arts-assistenten lijken dit niet te hebben opgemerkt. Tevens blijkt hieruit dat bij arts-assistenten weinig interesse bestaat voor incidentmelden.

5.1.5 Waarover wordt gemeld in het Erasmus MC en is een meldcriterium bekend?

Uit de interviews en de kwantitatieve data blijkt dat de meeste meldingen gaan over medicatiefouten en valincidenten. De respondenten geven aan dat de meeste meldingen worden gedaan door verpleegkundigen. Verpleegkundigen geven aan dat dit komt doordat zij het meeste bezig zijn met de patiënt. De respondenten geven aan dat er geen algemeen meldcriterium bestaat. Dit is heel breed gehouden door de organisatie. Volgens de literatuur is dit goed omdat zo interpretatieverschillen worden voorkomen. Tijdens de interviews geven de zorgprofessionals echter aan het handig te vinden als een meldcriterium wordt gecommuniceerd zodat ze weten wat ze precies moeten melden. Ook blijkt uit de interviews dat de zorgprofessionals onwetend zijn welke term ze moeten hanteren als het gaat om fouten. Is het een complicatie, een incidenten of een calamiteit? Het blijkt dat het melden van incidenten vaak vergeleken wordt met het registreren van complicaties. Volgens de literatuur is een complicatie een (vooraf bekend) risico dat optreedt tijdens de behandeling. Dit kan tevens een incident zijn dat gemeld moet worden, maar het hoeft niet altijd een MIP-melding te zijn. Uit de interviews blijkt dat in het Erasmus MC de termen door elkaar heen worden gebruikt. Zorgprofessionals geven aan te willen weten welke term gebruikt moet worden en wat ze nu wel en niet moeten melden.

5.1.6 In hoeverre is het Erasmus MC een 'lerende organisatie'?

Het zijn van een lerende organisatie kan niet los gezien worden van het melden en het erkennen van incidenten. In dit onderzoek zijn de volgende criteria gehanteerd met betrekking tot de lerende organisatie: motivatie door de leiding, feedback en soort leerstijl. In de literatuur wordt beschreven dat het belangrijk is dat leidinggevenden en de Raad van Bestuur een voorbeeldfunctie hebben als het gaat om patiëntveiligheid. Zij moeten hun medewerkers stimuleren en aanmoedigen om incidenten te melden. Eén van de artsen geeft tijdens het interview aan dat hij met elke nieuwe arts-assistent een gesprek heeft over het voorkomen van incidenten en het belang van openheid daarover. Voor arts-assistenten is dit een stimulans om er iets mee te doen. In het Erasmus MC blijken echter ook artsen te werken die hun assistenten niet stimuleren in het melden van incidenten. Zij bekritisieren hun assistenten als ze een fout maken en melden, waardoor zij niet nog een keer een incident zullen durven melden. Dit soort voorbeelden worden aangegeven in de interviews. Verder

geven arts-assistenten aan in hun opleiding geen informatie te krijgen over patiëntveiligheid en het melden van incidenten. Veelal zitten ze hier ook niet op te wachten zeggen ze.

Feedback ontvangen na het melden van een incident is een belangrijk onderdeel van een goed functionerend meldsysteem beschrijft de literatuur. Terugkoppeling van feedback aan de zorgprofessional na het melden van een incident zorgt ervoor dat geleerd kan worden van het incident en dat de zorgprofessional de volgende keer weer meldt. Verpleegkundigen geven aan feedback teruggekoppeld te krijgen in hun werkoverleggen. Zij ervaren dit als positief. Artsen en arts-assistenten van VIM-afdelingen en niet VIM-afdelingen geven aan weinig feedback te ontvangen. Feedback krijgen is belangrijk in het kader van het project, is gebleken uit de literatuur. Het kan de zorgprofessional motiveren de volgende keer weer te melden, omdat hij ziet dat er iets mee gedaan wordt. Van feedback kan geleerd worden, en dat is wat men in de lerende organisatie wil bereiken. Doordat de respondenten aangeven weinig feedback te ontvangen, kan het zijn dat de zorgprofessional geen inzicht heeft in de achtergrond van het probleem en geen aangrijpingspunten voor verbetering ziet. Er lijkt van de leerstijl 'double loop learning' en van het 'second order' oplossen van problemen dus geen sprake. Omdat verpleegkundigen aangeven feedback te ontvangen en te bespreken en er dan ook iets mee te doen, kan hier wel gesproken worden van 'double loop learning'. Bij het worden van een lerende organisatie is het belangrijk dat de gehele organisatie leert, dus dat de gehele organisatie de 'double loop learning' leerstijl hanteert. Door feedback structureel terug te koppelen naar alle zorgprofessionals en het hanteren van goede voorbeeldfuncties kan het Erasmus MC hier aan werken.

5.1.7 Is een stijging in meldingen zichtbaar in het Erasmus MC?

De kwantitatieve data geven een indicatie van het aantal meldingen van de laatste maanden in het Erasmus MC, met als nulmeting de maand juli 2006. De gegevens laten zien dat er organisatiebreed sprake is van een stijgende lijn in aantal meldingen. Gesteld kan worden dat op de VIM-afdelingen het aantal meldingen meer stijgen dan bij niet VIM-afdelingen en dat daar minder schommelingen bestaan. De MIP-commissie a.i. van het Erasmus MC geeft zelf ook aan een stijging in aantal meldingen te ervaren sinds het begin van het project.

5.2 Algehele conclusie

De onderzoeksvraag van deze scriptie is:

'Wat is het effect van het project Veilig Incident Melden (VIM) op de veiligheidscultuur en het meldgedrag van artsen, arts-assistenten en verpleegkundigen in het Erasmus MC?'

Om het effect van het project VIM op de veiligheidscultuur en het meldgedrag te meten is een aan de hand van de literatuur conceptueel model opgesteld waarin verschillende aspecten van 'veilig' melden beschreven. Deze criteria zijn toegepast op de huidige situatie met betrekking tot patiëntveiligheid in het Erasmus MC, om te kijken of het project effect heeft op het meldgedrag en de veiligheidscultuur. Uit de kwantitatieve gegevens blijkt dat het aantal organisatiebrede meldingen stijgt in de tijd. Het aantal meldingen op VIM-afdelingen stijgt meer dan het aantal meldingen op niet VIM-afdelingen. Op de niet VIM-afdelingen zijn ook meer schommelingen zichtbaar. Naar aanleiding van de interviews blijkt dat binnen de organisatie het incidentmelden meer leeft bij de verpleegkundigen dan bij artsen en arts-assistenten. Het onderscheid tussen VIM- en niet VIM-afdeling is duidelijk te merken bij artsen en arts-assistenten. Bij verpleegkundigen is bijna geen onderscheid merkbaar. Het project VIM is niet bij alle respondenten bekend, zelfs ook niet bij sommige zorgprofessionals van VIM-afdelingen, zo blijkt uit de interviews. Een aantal respondenten, veelal arts-assistenten, geven aan zich niet bewust te zijn van het op de werkvloer draaiende project. De respondenten zien het melden van incidenten ook vaak nog als klikken. Ze zijn zich nog niet bewust dat het niet gaat om wie het incident heeft veroorzaakt, maar hoe het komt dat het incident heeft plaatsgevonden.

Het effect van het project op de veiligheidscultuur en het meldgedrag van zorgprofessionals is het duidelijkst merkbaar bij verpleegkundigen. Incidentmelden leeft duidelijk bij hen. Bij de andere zorgprofessionals kan nog moeilijk een uitspraak worden gedaan over het effect. Dit kan onder andere worden verklaard door de korte periode dat het project nog maar draait en doordat verpleegkundigen meer betrokken zijn met de patiënt. Bij artsen leeft incidentmelden ook maar zij vergeten nog wel eens te melden, ook bestaat er niet altijd een urgentiegevoel en wordt niet altijd het goede voorbeeld gegeven. Tevens bij artsen die werkzaam zijn op VIM-afdelingen is dit het geval. Arts-assistenten, ongeacht VIM- of niet VIM-afdeling melden vrijwel niet, ervaren geen urgentiegevoel en geven zelf aan prioriteiten elders te leggen. Een effect van het project VIM is bij arts-assistenten niet merkbaar.

5.3 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de conclusies die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen, kunnen een aantal aanbevelingen gedaan worden ten aanzien van de organisatie.

MIP

Belangrijk is om iedere medewerker op de afdeling te betrekken bij het project. Zodra

Iedereen meewerkt komt het project goed van de grond en is de kans groter dat goede resultaten worden geboekt. Aangezien het project al gestart is, kan een tussentijdse bijeenkomst georganiseerd worden waarbij nogmaals het project wordt uitgelegd. Het enthousiasmeren van medewerkers is heel belangrijk. Het platform patiëntveiligheid zou een dag kunnen uittrekken voor het promoten van de bijeenkomst en het uitdelen van folders.

Het imago van de MIP-commissie kan vergroot worden. Organiseer een 'dag van de MIP' waarbij door middel van verschillende presentaties, marktkraampjes of een boulevard de medewerkers meer inzicht krijgen in de rol van de MIP-commissie. Het goede voorbeeld moet worden gegeven door de leidinggevende. Dit motiveert en stimuleert de medewerker om incidenten te melden. Organiseer een bijeenkomst voor alleen leidinggevenden en artsen, waarin het belang van hun medewerking wordt onderstreept. Ook hierbij is het van belang de leidinggevenden en artsen enthousiast te maken voor die bijeenkomst, zodat ze wel allemaal komen.

Respondenten geven aan een algemeen gehanteerd meldcriterium te missen. Door het hanteren en communiceren van een afdelingsbreed meldcriterium worden de medewerkers weer op een bepaalde manier geconfronteerd met incidentmelden, weten ze wat ze moeten melden en dus kan het een prikkel zijn om meer te gaan melden. Aan de hand hiervan kan de theorie van Bosk (1979) gebruikt worden om het verschil in soorten incidenten weer te geven. Bosk (1979) beschrijft verschillende soorten incidenten die allemaal duidelijk uitgelegd worden. Tevens moet het belang van het melden van bijna-incidenten aan de zorgprofessionals duidelijk worden gemaakt en het onderscheid in complicaties en incidenten.

Het registreren van meldingen naar de functie van de melder biedt inzicht in wie de melding doet. Dit gebeurt nu niet. Het kan handig zijn om te kijken hoe het aantal meldingen van artsen en arts-assistenten zich beweegt.

De MIP-commissie a.i. van het Erasmus MC heeft zelf aangegeven dat het interessant zou zijn om dit onderzoek onder zorgprofessionals maar ook de afdelingshoofden en leidinggevenden te verspreiden, zodat ze zelf kunnen zien wat er allemaal gedaan wordt aan patiëntveiligheid en hoe het leeft in huis en wat ze dus zelf kunnen veranderen.

Communicatie en feedback

Communicatie over de veiligheid van de melder is belangrijk. Per afdeling zou een folder of een mailing kunnen rondgaan met daarin duidelijke informatie over de bescherming van de melder. Als een medewerker op papier zijn rechten (als het om bescherming gaat) te zien krijgt, durven ze misschien meer te melden.

Feedback terugkoppelen is een belangrijk aspect van het melden van incidenten. Laat medewerkers zoveel mogelijk zien wat er allemaal gebeurt met de melding. Stuur elke maand een MIP-journaal rond, waarbij de top 5 van MIP-meldingen worden besproken. Een paar maanden later kunnen deze meldingen nogmaals worden aangehaald, maar dan kan er beschreven worden hoe het is opgelost en dat het nu verbeterd is.

In dit onderzoek is een best practice-situatie beschreven uit Erasmus MC-Sophia. Communicatie met het Sophia kan van belang zijn om het project in de Centrum Locatie ook goed van de grond te krijgen.

Opleiding

Tenslotte is het van belang de arts in spé, dus de student, al zo vroeg mogelijk te confronteren met patiëntveiligheid en incidentmelden. In de opleiding kan hier een start mee worden gemaakt. Tijdens colleges kan tijdens medisch inhoudelijke vakken ook twee keer per week tijd worden besteed aan patiëntveiligheid. Zodra een student daar vanaf het begin mee wordt geconfronteerd en later tijdens de co-schappen ook het belang meekrijgt van de artsen om zich heen, zit het veel meer ingebakken in zijn of haar eigen systeem waardoor het een automatisme wordt om te melden en bezig te zijn met patiëntveiligheid.

6. Discussie

In dit hoofdstuk worden discussiepunten besproken naar aanleiding van het onderzoek. Beperkingen van het onderzoek worden weergegeven en er worden suggesties gedaan voor vervolgonderzoek.

6.1 Beperkingen

De onderzoeker is zelf werkzaam bij de onderzochte organisatie. Het verkrijgen van toegang tot documenten en het benaderen van respondenten kon hierdoor worden bevorderd. Wel kan vertekening zijn ontstaan doordat de onderzoeker bekend is met het ziekenhuis en hierop een eigen visie heeft.

Tijdens het onderzoek is een verschil gemaakt tussen afdelingen waar het VIM-project draait en afdelingen waar het project niet draait. Bij de VIM-afdelingen is geen onderscheid gemaakt in de soort afdeling. Afdelingen kunnen van elkaar verschillen op gebied van incidenten. Op een afdeling als Psychiatrie komen andere soorten incidenten voor, zoals agressie-incidenten. Ook zijn ze hier gewend alles op papier vast te leggen. Dit kan van pas komen als de patiënt het ergens niet mee eens is en een aanklacht indient. Men kan dan terugvallen op het verslag. Een factor als incidentgevoeligheid van de afdelingen is in dit onderzoek niet meegenomen. Op de ene afdeling komt vaker een incident voor dan op de andere, dit ligt onder andere aan de complexiteit van de zorg van die afdeling.

In de onderzochte organisatie zijn 10.000 werknemers werkzaam. Een aantal van 15 respondenten is dan ook niet representatief voor de gehele organisatie. Generaliseerbaarheid van het onderzoek voor het gehele ziekenhuis wordt daarom bemoeilijkt.

Het project VIM draait nog maar sinds januari 2007 in het Erasmus MC. Het onderzoek is dus verricht in een vroeg stadium van het project. Sommige aspecten zouden dus nog kunnen veranderen. Dit onderzoek kan wel aangeven waar het Erasmus MC nu staat met betrekking tot patiëntveiligheid. Dit biedt het ziekenhuis de mogelijkheid te leren van dit onderzoek.

6.2 Vervolgonderzoek

Vervolgonderzoek kan gedaan worden als het project VIM ongeveer een jaar draait. Dan kan beter aangegeven worden in hoeverre het aantal meldingen is gestegen, welke aspecten zijn

veranderd, hoe het leeft op de afdelingen en welke resultaten het project heeft opgeleverd voor het ziekenhuis. Verder kan ook onderzoek gedaan worden naar het meldgedrag per discipline. Interessant is daarbij om bijvoorbeeld te kijken naar de diepere gedachte achter het geringe meldgedrag van arts-assistenten.

Literatuurlijst

Argyris, C., & Schön, D. A. (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Bekker J., de. *Patiënt en Incident*. 2005. De MIP in 100 vragen. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2006

Bekker J., de & Steeg. 2004. Een som van misverstanden. In: *Medisch contact*

Bosk C. *Forgive and Remember: Managing Medical Failure*. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1979

Classen D.C. & Kilbridge P.M. The roles and responsibility of physicians to Improve Patient Safety within Health Care Delivery Systems. *Academic Medicine* 2002;77 (10)

Cresswell, J.W. 2003. *Research design. Qualitative, quantitative, and mixes methods approaches*. Tweede druk. London: Sage publications. [2002]

Erasmus MC op weg naar een VMS. 2006

Everdingen J.J.E van, Molendijk A, Harten W.K. van. *Waarom zijn ziekenhuizen niet zo veilig als we willen?* In: Everdingen J.J.E et al (red.). *Praktijkboek patiëntveiligheid*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2006, 51062.

Firth-Cozens, J. (2004), "Organizational trust: the keystone to patient safety", *Quality & Safety in Health Care*, Vol. 13 pp.56-61.

IGZ. 2004. *Patiëntveiligheid definitielijst*.

Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S. (eds.). *To err is human – Building a safer health system*. Washington: National Academic Press; 2000.

Legemaate J., Christiaans-Dingelhoff I., Doppegieter R.M.S., Roode R.P., de. *Veilig Incident Melden – Context en randvoorwaarden*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2007

McCarthy D. & Blumenthal D., Stories from the Sharp End: Case Studies in Safety Improvement, *Milbank Quarterly*, March 2006 84(1):165–200

Managementrapportage MIP. 2006 – 2007. Erasmus MC Rotterdam

Plan van aanpak MIP in een nieuw jasje. 2006. Intranet Erasmus MC Rotterdam.

Projectplan Sneller Beter decentrale MIP. 2006. Intranet Erasmus MC Rotterdam.

Reason J. Managing the risks of organizational accidents. 1997

RGO. 2005. *Advies Onderzoek Patiëntveiligheid*

Segers, J. & Hutjes, J. 1999. De gevalsstudie. *In: Methoden voor de maatschappijwetenschappen*. Assen: Van Gorcum. 1999: 339-366

Sneller Beter. 2004. Draaiboek Programma Sneller Beter pijler 3

Smorgenburg S.M., Kievit J., Everdingen J.J.E. van, Wagner C. Wat is patiëntveiligheid? In: Everdingen J.J.E. et al (red.). *Praktijkboek patiëntveiligheid*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2006, 51062

Tucker, A.L., Edmondson, A.C. (2003), "Why hospitals don't learn from failures: organizational and psychological dynamics that inhibit system change", *California Management Review*, Vol. 45 No.2, pp.55-72.

Verschuren, P. & Doorewaard, H. (2003). *Het ontwerpen van onderzoek*. Utrecht: Lemma.

VWS. 2007. *Veilig Melden*. Beleidsdocument 1 februari 2007

Wagner C, Wal G van der, Tuijn S. *Patiëntveiligheid in Nederland. Verbeterinitiatieven en innovaties in de zorg*. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2005

Willems R. Hier werk je veilig of je werkt hier niet. Rotterdam: Shell Nederland, 2004

Digitale bronnen

AVRO. 2007. [Internet]. [Aangehaald op 06-08-2007]. Bereikbaar op <http://www.avro.nl/tv/programmas%5Fa%2Dz/missers/over%5Fhet%5Fprogramma/>

Mednet. 2007. [Internet]. [Aangehaald op 16-02-2007]. Bereikbaar op <http://www.mednet.nl>

Platform Patiëntveiligheid. 2006. [Internet]. [Aangehaald op 02-08-2007]. Bereikbaar op http://www.platformpatientveiligheid.nl/kennisartikel.php?idkennisartikel=oc43au6wko3dh92fztab1wup&id_cate=21&id_scate=51

Sneller Beter. 2003. [Internet]. [Aangehaald op 23-06-2007]. Bereikbaar op <http://www.snellerbeter.nl/programmasb1/>

Sneller Beter. 2004. [Internet]. [Aangehaald op 02-08-2007]. Bereikbaar op <http://www.snellerbeter.nl/interviews/interviews/5704-interview-met-i-van-t-wout-unithoofd-icc-erasmusmc-sophia/>

Sneller Beter. 2006. [Internet]. [Aangehaald op 09-02-2007]. Bereikbaar op <http://www.snellerbeter.nl/themas/veiligheid>

VMSzorg. 2006. [Internet]. [Aangehaald op 02-08-2007]. Bereikbaar op <http://www.vmszorg.nl/27/default.aspx>

VSNU. 2005. [Internet]. [Aangehaald op 02-08-2007]. Bereikbaar op <http://www.vsnu.nl/web/show/id=47476/langid=43>

Zorgmarkt 2007. [Internet]. [Aangehaald op 13-07-2007]. Bereikbaar op <http://www.zorgmarkt.net/?m=article&f=detail&id=1679>

Bijlagen

Bijlage 1: Topiclijst

Introductie onderwerp

Vragen:

- Wat is uw functie in het Erasmus MC?
- Wat is uw visie op de veiligheidscultuur in het Erasmus MC?
 - o Heeft u ervaringen met veiligheid in Erasmus MC?
- Heeft u wel eens incident gemeld?
 - o Voorbeeld?
 - o Waarom heeft u juist dat gemeld?
 - o Iets van geleerd?
- Heeft u wel eens incident niet gemeld?
 - o Voorbeeld?
 - o Waarom heeft u juist dit niet gemeld?
- Heeft u ervaringen dat anderen melden? Wie meldt er over het algemeen op uw afdeling?
- Bent u bekend met meldcriteria hier in het Erasmus MC? Kunt u daar wat over zeggen?
- Heeft u feedback ontvangen na melding?
 - o Op welke manier feedback gekregen?
 - o Van wie feedback gekregen?
 - o Heeft u iets met die feedback gedaan?
- Hoe ervaart u uw bescherming als melder?
- Hoe reageert u, of zou u reageren als iemand over zou melden?
 - o Spreekt men elkaar aan op fouten op uw afdeling?
 - o Verpleegkundigen en artsen ook?
 - o Wat merkt u bij arts-assistenten?
- Bent u bekend met het project Veilig Incident Melden?
- Waarom denkt u dat het ingevoerd is?
- Wat is veranderd met komst van VIM? Ervaart u verandering?
- Als u het hier in het ziekenhuis voor het zeggen had, hoe zou u dan de veiligheid van patiënten waarborgen, hoe zou u dit aanpakken?