

“U hoort van ons”

**Een verkennend onderzoek naar de rol van feedback op het leren
van incidenten in ziekenhuizen**



Sophieke van Ginkel, MSc
Studentnummer 307813
Afstudeerscriptie Master Zorgmanagement
Afstudeerbegeleider prof.dr. Roland Bal
Meelezer dr. Anna Nieboer

Rotterdam, juli 2007

ErasmusMC
Erasmus

i BMG instituut Beleid &
Management Gezondheidszorg

“U hoort van ons”, de rol van feedback op het leren van incidenten

“U hoort van ons”

Een verkennend onderzoek naar de rol van het geven van feedback op het leren van incidenten in ziekenhuizen

“Juist de echte managers dragen de witte helm, ten bewijze dat ze contact hebben met de werkvloer en gevoelig zijn voor bottum-up in plaats van top-down”

Brino van Ginkel

“U hoort van ons”, de rol van feedback op het leren van incidenten

Voorwoord

De klus is geklaard! Een jaar geleden besloot ik de Master Zorgmanagement te gaan volgen en met deze scriptie beëindig ik een mooi en waardevol jaar.

Voor de aanvang van deze scriptie was één ding duidelijk. Het moest wat mij betreft gaan over patiëntveiligheid, een onderwerp waar mijn interesse sterk naar uitgaat. Het was voor mij een goede ervaring om één van de aspecten van patiëntveiligheid nu eens van dichtbij te zien. Ik wil dan ook alle respondenten bedanken voor het vrijmaken van tijd en het delen van jullie ervaringen. Vooral de openheid in de gesprekken heb ik erg gewaardeerd.

Daarnaast ook een woord van dank aan Roland Bal. Je reflectie op mijn scriptie heeft me eens goed door de bril van kwalitatief onderzoek laten kijken. Een interessante ervaring voor een kwantitatief ingesteld persoon als ik. Hoewel ik de kwalitatieve bril waarschijnlijk nooit echt op mijn neus zal zetten, vond ik het waardevol om deze tak van de wetenschap eens te beleven.

Tot slot een woord van dank aan de mensen in mijn directe omgeving. Collega's bij ZonMw dank voor de interesse gedurende het jaar. Who's next?

Familie en vrienden, bedankt voor de steun en het begrip voor mijn afwezigheid afgelopen jaar. We halen het wel weer in!

Een bijzonder woord van dank gaat uit naar mijn echtgenoot. Bedankt voor je geduld en je steun. 't Was ook best gezellig, samen tot 's avonds laat aan het werk thuis. Het blijft interessant om, vanuit jouw perspectief, de discussie met je te voeren over de zorg in het algemeen en over dit onderwerp in het bijzonder. Zo houden we elkaar scherp.

Sophieke van Ginkel

Delft, juli 2007

“U hoort van ons”, de rol van feedback op het leren van incidenten

Samenvatting

Inleiding

De aandacht voor het melden, registreren en analyseren van onbedoelde gebeurtenissen in de zorg is in de afgelopen jaren sterk genomen. De insteek daarbij is dat van incidenten geleerd kan worden. In Nederlandse ziekenhuizen is sinds enkele jaren het Veilig Incident Melden (VIM) in opkomst. VIM is gericht op afdelingsniveau. Zorgverleners melden incidenten bij een afdelingscommissie die de meldingen analyseert en verbetermaatregelen inzet. Rondom het melden van incidenten gaat momenteel veel aandacht uit naar het melden van incidenten, de registratie hiervan en de analyse. Waar minder aandacht naar uit lijkt te gaan is de aanpak van feedback naar de melder en de afdeling en de rol van feedback op het leereffect. Feedback kan een rol spelen in het motiveren om te melden, het creëren van een open cultuur, het vergroten van bewustwording en het invoeren van verbetermaatregelen. Het beoogde leereffect van incidenten is 2^o orde leren; een proces waarin oorzaken worden achterhaald om herhaling te voorkomen. Om van incidenten te kunnen leren is feedback noodzakelijk. De komst van VIM roept vragen op hoe feedback plaatsvindt en hoe het leren van incidenten getypeerd kan worden.

Probleemstelling

De probleemstelling van het onderzoek luidde:

Hoe is het geven van feedback binnen VIM op afdelingen in ziekenhuizen vormgegeven, welke ervaringen zijn er binnen VIM met feedback en welke bijdrage levert VIM aan het leren van incidenten?

Methoden

Het onderzoek was kwalitatief van opzet. Tien semi-gestructureerde face-to-face interviews zijn afgenomen bij zorgprofessionals en andere betrokkenen bij VIM. Het onderzoek vond plaats op één afdeling van twee ziekenhuizen die deelnemen aan het landelijke kwaliteitsverbeterprogramma Sneller Beter pijler 3. De interviews richtten zich op de aanpak van VIM, de opzet van feedback en de ervaringen met het leren van incidenten.

Resultaten en conclusie

Feedback binnen VIM vindt plaats op drie niveaus: de melder, de afdeling en de organisatie. De melder ontvangt een ontvangstbevestiging en een rapportage nadat de melding is geanalyseerd. Op afdelingsniveau vindt mondelinge feedback plaats door structurele groepsgewijze terugkoppeling aan verpleegkundigen tijdens het werkoverleg. Artsen ontvangen geen structurele mondelinge groepsgewijze feedback. Voor afdelingsbrede

schriftelijke feedback wordt gebruik gemaakt van een nieuwsbrief. Op organisatieniveau stuurt de afdelingscommissie meldingen door naar de centrale MIP-commissie.

Het leren van incidenten binnen VIM leidt tot twee leereffecten: 1) verbeteren van het zorgproces op afdelingsniveau door het inzetten van verbetermaatregelen en 2) bewustwording van risico's in het handelen op individueel niveau.

Geconcludeerd kan worden dat VIM is ingericht om 2^e orde leren te bevorderen. Het verder optimaliseren van de feedbackloop naar alle zorgprofessionals op de afdeling kan het leerpotentieel en het leerrendement op individueel en afdelingsniveau mogelijk verder verhogen.

Summary

Introduction

The attention for reporting, registering and analysis of incidents in health care has increased in the past years. The goal of this process is to learn from errors and to prevent reoccurrence of these events. In the Netherlands, blame free reporting (“veilig incident melden”, VIM) at the departmental level has been introduced in several hospitals in the past years. Incidents are reported by health care professionals to a departmental safety committee, which analyses the chain of events to produce guidelines which decrease the chance of reoccurrence of these incidents. Reporting, registration and systematic analysis of events are emerging topics in this field. However, less attention is paid to the process of feedback to the health care professional and the role of feedback in awareness and learning from incidents. Feedback is required to motivate reporting, to improve awareness of risks, to create an open safety culture and to instruct health care professionals. The ideal result of this process is double loop learning, a process in which causes are identified and measures are taken to avoid repetition. The introduction of blame free reporting (VIM) raises the question to what extent feedback is deployed in this process and what type of learning is utilized.

Objectives

The central questions in this qualitatively designed study are: through which means is feedback to health care professionals provided within the blame free reporting (VIM) method, what is the experience with feedback within this system and to which extent does the blame free reporting (VIM) process contribute to learning from incidents.

Methods

10 semi-structured face-to-face interviews were conducted with health care professionals from two departments from different hospitals, which participate in the quality collaborative “Better Faster pillar 3”. In these interviews, the methods and role of feedback and the experiences with learning from incidents were addressed within the blame free reporting (VIM) process.

Results and conclusion

Feedback within the blame free reporting (VIM) method takes mainly place at the individual (the reporter) and the departmental level. The health care professional which reports the incident receives feedback directly after reporting and after analysis of the incident. At the departmental level, written feedback is provided by a news letter and oral feedback is

provided to nurses during the staff meeting. Medical doctors are not provided with structural oral feedback during staff meetings. At the organizational level, the departmental safety committee reports only critical incidents to the organizational safety committee (MIP). Learning from incidents results in two effects: improvement of the health care process at the departmental level and awareness of risks at the individual level. Although blame free reporting (VIM) is designed to result in double loop learning, improving feedback to all health care professionals may increase the efficacy of learning on both individual and departmental level.

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Samenvatting	7
Summary	9
Inhoudsopgave	11
Hoofdstuk 1 Inleiding	13
1.1 Inleiding	13
1.2 Relevantie.....	14
1.3 Probleemstelling en deelvragen	16
1.4 Leeswijzer.....	17
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader	19
2.1 Definities en omschrijving begrippen	19
2.2 Feedback.....	19
2.3 Leren	22
2.4 Deelvragen onderzoek	26
Hoofdstuk 3 Methoden van onderzoek	27
3.1 Design	27
3.2 Setting	27
3.3 Raadplegen experts	27
3.4 Documentenonderzoek	28
3.5 Dataverzameling en analyse	28
3.6 Respondenten	28
3.7 Validiteit en betrouwbaarheid	29
3.8 Rol van de onderzoeker	29
Hoofdstuk 4 Resultaten	31
4.1 VIM	31
4.2 Feedback.....	36
4.3 Leren	43
Hoofdstuk 5 Conclusie, discussie, en aanbevelingen	49
5.1 Conclusie en discussie	49
5.2 Beperkingen van de studie	55
5.3 Toekomst VIM	56
5.4 Aanbevelingen.....	57
Referenties	59
Bijlagen	63
Bijlage 1 Topiclijst interviews.....	63

“U hoort van ons”, de rol van feedback op het leren van incidenten

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Inleiding

Het thema patiëntveiligheid is *hot* en staat volop in de belangstelling. Onder meer de politiek, beroepsverenigingen en koepelorganisaties hebben het onderwerp hoog op de agenda staan. In ziekenhuizen zelf worden zorgverleners dagelijks geconfronteerd met de veiligheid van patiënten. Een patiënt valt uit bed, een patiënt krijgt onjuiste medicatie toegediend, een patiënt krijgt een verkeerde behandeling. Het zijn situaties uit de dagelijkse praktijk van de zorg. Onbedoelde gebeurtenissen die in een deel van de gevallen voorkómen hadden kunnen worden. En daarmee had ook eventuele schade aan de patiënt als gevolg van de gebeurtenis voorkómen kunnen worden. En dat is precies waar patiëntveiligheid over gaat: Het voorkómen van onbedoelde schade aan de patiënt (Willems 2004).

“Van onbedoelde gebeurtenissen en incidenten kunnen we leren!” is een veelgehoorde kreet en de insteek bij het managen van veiligheid. Het melden, registreren en analyseren van incidenten kan daarbij helpen. Onbedoelde gebeurtenissen worden hierbij retrospectief geanalyseerd (Molendijk e.a. 2003). De analyse levert inzicht op in de oorzaken van de gebeurtenis. Veel auteurs zijn het erover eens dat een organisatie kan leren van incidenten en door inzet van verbetermaatregelen het zorgproces kan optimaliseren (de Bekker e.a. 2004; Schellekens e.a. 2003; Institute of Medicine 1999; Leape 2002). Om een leerproces te initiëren is feedback een belangrijk mechanisme (van Dijk 2006; McIntyre e.a. 1983). Om van incidenten te kunnen leren is een terugkoppeling van de resultaten die voortkomen uit de analyse van incidenten een voorwaarde.

In Nederland is sinds enkele jaren het Veilig Incident Melden (VIM) in opkomst. VIM is een aanpak van incident melden waarbij zorgverleners op afdelingsniveau onbedoelde gebeurtenissen melden. Een afdelingsgebonden meldingscommissie analyseert de meldingen en zet verbetermaatregelen in (Molendijk e.a. 2003).

Binnen VIM en ook rond andere initiatieven met betrekking tot het melden van incidenten gaat momenteel veel aandacht uit naar aspecten van veiligheidscultuur, het meldgedrag, de registratie van incidenten en analysemethodieken. Waar op het eerste gezicht minder aandacht naar uit lijkt te gaan is de aanpak en het geven van feedback en de rol hiervan op het leren van incidenten.

1.2 Relevantie

1.2.1 Patiëntveiligheid

Het rapport *To err is human: Building a safer health system* bracht acht jaar geleden de gezondheidszorg wereldwijd in beroering (Institute of Medicine 1999). De schokkende cijfers over de omvang van vermijdbare schade in Amerikaanse ziekenhuizen hebben in vele landen geleid tot grootschalige initiatieven om de veiligheid van de zorg te verbeteren. De centrale boodschap van het rapport luidde dat veel van de onbedoelde schade aan patiënten niet te wijten is aan de zorgverlener, maar aan tekortkomingen in het systeem.

Tekortkomingen in het systeem laten ruimte voor onveilig gedrag.

In Nederland hebben naast het bovengenoemde rapport twee andere rapporten een impuls gegeven aan de aandacht voor patiëntveiligheid. Ir. R. Willems, president-directeur van Shell-Nederland, stelde eind 2004 dat er in de Nederlandse gezondheidszorg onder meer sprake is van een gebrekkige incidentenanalyse (Willems 2004). De Inspectie voor de Gezondheidszorg kwam tot gelijksoortige conclusies (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2004). Het Ministerie van VWS heeft onder meer naar aanleiding van deze rapporten aangegeven dat alle zorginstellingen uiterlijk in 2008 een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) moeten invoeren (Ministerie van VWS 2005). Het melden en analyseren van incidenten is één van de onderdelen van het VMS.

Recent zijn uit een grootschalige dossierstudie cijfers bekend geworden over de omvang van vermijdbare schade in de Nederlandse ziekenhuizen (de Bruijne e.a. 2007). Van de 1,3 miljoen mensen die jaarlijks in het ziekenhuis worden opgenomen krijgt 5,7% te maken met onbedoelde schade tijdens de behandeling. Ter vergelijking, in het buitenland komt onbedoelde schade voor bij 2,9% tot 16,6% van de ziekenhuispatiënten. In 2,3% van de opnames in Nederlandse ziekenhuizen was sprake van vermijdbare schade. De schade kan leiden tot tijdelijke of blijvende beperkingen, een verlengde opname of voortijdig overlijden. In het onderzoek is apart gekeken naar patiënten die in het ziekenhuis overlijden. Hieruit blijkt dat van de 42.000 patiënten (3% van de totale ziekenhuisopnames) die in het ziekenhuis overlijden dit bij 1735 patiënten waarschijnlijk voorkomen had kunnen worden (potentieel vermijdbare doden).

1.2.2 Melden van incidenten

In sectoren zoals de luchtvaart, de transportsector, de petrochemische en de nucleaire industrie werkt men al tientallen jaren aan het veiliger maken van processen (Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) 2005). Deze sectoren richten zich onder meer op de rapportage en de analyse van (on)veilige situaties en (bijna)ongevallen. Een rapportage- en

meldsysteem voor incidenten is in deze sectoren dan ook gebruikelijk. De systemen hebben een aantal gemeenschappelijke kenmerken (ibid):

- De systemen zijn veelal van overheidswege ontwikkeld na een groot ongeluk, vanuit de gedachte dat van incidenten kan worden geleerd.
- De meeste systemen verzamelen naast gegevens over ongelukken ook informatie over bijna-ongelukken.
- Binnen een groot deel van de systemen vindt het melden min of meer gescheiden plaats van de op strafrechtelijke procedures gerichte systemen.
- De systemen zijn voorzien van een snelle feedbackloop.

In het buitenland zijn in de zorg verschillende activiteiten ontplooid op het gebied van het melden van incidenten (Legemaate e.a. 2006). Eén van de vier aanbevelingen uit het IOM-rapport was het introduceren van meldsystemen. De opkomst van *blame-free* meldsystemen is daarmee in de Verenigde Staten en ook andere landen in een stroomversnelling gekomen (van der Sande e.a. 2006). In de Verenigde Staten zijn verschillende nationale meldsystemen actief, bijvoorbeeld rond medicatiefouten (Leape 2002). In Denemarken is in 2004 de *Act on Patient Safety in the Danish Health Care System* ingegaan. De wet verplicht zorgverleners om incidenten te melden die vervolgens op nationaal niveau worden geanalyseerd. De Deense Gezondheidsraad onderhoudt het systeem. In het Verenigd Koninkrijk gaf het rapport *An organisation with a memory* een belangrijke impuls aan patiëntveiligheid (Department of Health 2000). Het rapport stelde dat binnen de NHS geen prikkels waren om te leren van incidenten. Sinds medio 2004 is het National Reporting and Learning System (NRLS) actief (Legemaate e.a. 2006). Het NRLS is een landelijke verzameling van incidenten die anoniem worden gemeld en op vrijwillige basis. De analyse van de incidenten blijft de verantwoordelijkheid van de betreffende instellingen. De National Patient Safety Agency (NPSA) onderhoudt het systeem en voert onder meer trendanalyses uit. In Australië is het Advanced Incident Monitoring System ingevoerd (Raad voor Gezondheidsonderzoek 2005). Hieraan doet een groot aantal ziekenhuizen mee. Het systeem bestaat uit een onderdeel dat zich richt op rapportage van incidenten op lokaal niveau en een onderdeel voor anonieme rapportage aan de Australian Patient Safety Foundation.

Het melden, registreren en analyseren van incidenten in de Nederlandse gezondheidszorg is niet nieuw. Al decennia lang verzamelen en analyseren FONA-commissies (Fouten, Ongevallen en Near Accidents) en MIP-commissies (Melden van Incidenten in de Patiëntenzorg) in zorginstellingen incidenten die worden gemeld (de Bekker e.a. 2004; Legemaate e.a. 2006). Dit gebeurt over het algemeen op instellingsniveau. De MIP- en

FONA-commissies hebben als doel om een bijdrage te leveren aan kwaliteitsverbetering door meldingen te analyseren en aanbevelingen te doen, onder meer aan de raad van bestuur (van der Veeke e.a. 2006). De effectiviteit van MIP-commissies is echter beperkt. Commissieleden en medewerkers zijn niet tevreden over het functioneren van MIP-commissies (de Bekker e.a. 2004). Medewerkers zijn vaak onvoldoende op de hoogte van de rol en werkwijze van de commissie. Bovendien merken medewerkers nauwelijks wat er met meldingen wordt gedaan. Uit recent onderzoek op verschillende afdelingen van ziekenhuizen blijkt dat de feedback naar medewerkers over incidenten beter kan (Wagner e.a. 2007). Minder dan de helft van de medewerkers wordt op de hoogte gesteld van veranderingen die naar aanleiding van incidenten zijn doorgevoerd. Bovendien leeft het gevoel dat slechts een fractie van de incidenten wordt gemeld bij de MIP-commissie en er dus sprake is van onderrapportage (Legemaate e.a. 2006; de Bekker e.a. 2005). Onder meer het ontbreken van een veiligheidscultuur waarin men zich veilig voelt om open en eerlijk over (bijna)incidenten te praten en deze te melden wordt als een oorzaak van onderrapportage benoemd.

1.2.3 Veilig Incident Melden (VIM)

Zoals gezegd doet in de Nederlandse ziekenhuizen op het gebied van het melden van incidenten VIM zijn intrede. Eén van de voorlopers in Nederland van het decentraal melden is de Neonatale Intensive Care Unit (NICU) van de Isala Klinieken te Zwolle (Molendijk e.a. 2003). Deze afdeling startte in januari 2002 met het melden van incidenten op afdelingsniveau. Een afdelingsgebonden patiëntveiligheidscommissie verzamelt en analyseert de meldingen.

Het initiatief uit Zwolle viel samen met de toegenomen aandacht voor het onderwerp patiëntveiligheid in Nederland. VIM heeft inmiddels een vlucht genomen. Binnen het landelijk kwaliteitsverbeterprogramma Sneller Beter pijler 3 is VIM één van de best practices die in 24 ziekenhuizen wordt geïmplementeerd. Momenteel hebben ongeveer zeventig afdelingen VIM ingevoerd (Sneller Beter 2007). Binnen het project Neosafe wordt momenteel de VIM-methodiek geïmplementeerd op alle NICU's in Nederland. Binnen het project VMS-zorg, waarin de elementen voor het VMS met tien pilotziekenhuizen zijn ontwikkeld, is de VIM-methode ook ingevoerd (Wagner e.a. 2007).

1.3 Probleemstelling en deelvragen

Uit de voorgaande paragrafen komt naar voren dat er in Nederlandse ziekenhuizen decentrale meldingsystemen in opkomst zijn, waaronder VIM. Uit de ervaringen met meldsystemen in andere sectoren en de ervaringen met MIP- en FONA-commissies blijkt feedback een belangrijke succesfactor te zijn. De insteek van het melden van incidenten is

om van incidenten te leren. Met de komst van VIM roept dit vragen op over de manier waarop feedback wordt aangepakt binnen VIM en hoe het leren van incidenten getypeerd kan worden.

De probleemstelling van dit onderzoek luidt als volgt:

Hoe is het geven van feedback vormgegeven binnen VIM op afdelingen in ziekenhuizen, welke ervaringen zijn er binnen VIM met feedback en welke bijdrage levert VIM aan het leren van incidenten?

Doelstelling van het onderzoek is om te komen tot aandachtspunten voor het vormgeven van feedback binnen VIM om daarmee het leren van incidenten (verder) te stimuleren.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bespreekt een aantal achtergronden uit de literatuur met betrekking tot feedback en leren om het kader te scheppen waarin de resultaten van het onderzoek geplaatst worden. In hoofdstuk 3 komen de methoden van het onderzoek aan bod. Een analyse van de bevindingen van het onderzoek wordt uiteengezet in hoofdstuk 4. Hoofdstuk 5 richt zich op de conclusies die uit het onderzoek getrokken kunnen worden en een aantal punten voor verdere discussie. Het hoofdstuk eindigt met een aantal aanbevelingen.

“U hoort van ons”, de rol van feedback op het leren van incidenten

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

Hoofdstuk 2 zet het theoretische kader uiteen waarin de resultaten van het onderzoek worden geplaatst. Paragraaf 2 beschrijft wat er bekend is in de literatuur over het geven van feedback met betrekking tot incidenten. De derde paragraaf van dit hoofdstuk bespreekt concepten over het leren van incidenten. Het hoofdstuk eindigt met het formuleren van de deelvragen van het onderzoek.

2.1 Definities en omschrijving begrippen

Voor een juist begrip worden hieronder de definities van “patiëntveiligheid” en van “incident” gegeven zoals deze in Nederland worden gehanteerd.

Patiëntveiligheid

Onder patiëntveiligheid wordt verstaan: Het (nagenoeg)ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem (Wagner e.a. 2005).

Incident

Een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden (Wagner e.a. 2005).

2.2 Feedback

In de literatuur over de gezondheidszorg zijn onder meer de volgende definities van feedback te vinden:

- Het teruggeven van informatie over het eigen handelen van een zorgverlener, praktijk of instelling (van der Weijden e.a. 2001).
- ‘Any summary of clinical performance of health care over a specified period of time.’ (Jamtvedt e.a. 2006a)

2.2.1 Feedback in het kader van incident melden

Een groei in het aantal meldingen is zinloos als er niet is voorzien in een robuust feedback en follow-up systeem (Gandhi e.a. 2005). Feedback wordt dan ook vaak genoemd als een belangrijke succesfactor van meldsystemen (Leape 2002). Het praktijkboek patiëntveiligheid

en het draaiboek VIM van Sneller Beter pijler 3 benoemen alleen dat een snelle terugkoppeling en het bespreken van verbeteracties op de afdeling succesfactoren zijn van VIM (Joustra e.a. 2006; Evers e.a. 2004; van der Veeke e.a. 2006).

In de literatuur worden verschillende doelen genoemd van het geven van feedback. Ten eerste is terugrapportage naar de melder belangrijk om de motivatie voor het melden van incidenten hoog te houden (Legemaate e.a. 2006; Braithwaite e.a. 2006; Gandhi e.a. 2005). Ten tweede is terugkoppeling nodig naar een bredere doelgroep over de maatregelen die worden of zijn genomen (Gandhi e.a. 2005). Feedback moet betekenis hebben voor de doelgroep en toepasbaar zijn op hun situatie. Ten derde kan feedback naar de hele klinische staf bijdragen aan het leren door de hele organisatie en een rol spelen in het creëren van een omgeving waarin medewerkers zich veilig en vrij voelen om problemen met elkaar te bespreken (Amoore e.a. 2002; Gandhi e.a. 2005). Tot slot kan feedback dienen als een educatief instrument dat medewerkers ondersteunt en aanmoedigt om na te denken over veiligheid (Amoore e.a. 2002). Grofweg worden twee doelgroepen onderscheiden voor het geven van feedback: de melder en een bredere groep (Gandhi e.a. 2005; Legemaate e.a. 2006).

Er zijn verschillende methoden die worden gebruikt om feedback te geven. Hierbij kan bijvoorbeeld onderscheid worden gemaakt tussen schriftelijke en mondelinge feedback. Voorbeelden van schriftelijke feedback zijn een maandelijks artikel in het staf bulletin en een maandelijks email met de samenvattingen van de verbeteringen van die maand (Gandhi e.a. 2005). Andere schriftelijke terugkoppelingsmechanismen zijn artikelen in nieuwsbrieven en een kwartaalrapportage aan het management. Amoore en Ingram geven in hun studie over het leren van incidenten met betrekking tot medische apparatuur een voorbeeld van een feedback rapport dat moet bijdragen aan het leren van een incident (Amoore e.a. 2002). Het rapport is anoniem en bestaat uit zes onderdelen: samenvatting, beschrijving van het apparaat, het onderzoek/analyse, mogelijke oorzaken, geleerde lessen en te ondernemen acties en positieve acties ondernomen door de staf.

Een voorbeeld van mondelinge feedback is de melding van de week, waarbij wekelijks tijdens een werkbespreking een melding wordt geanalyseerd (Joustra e.a. 2006; Molendijk e.a. 2003). Arts-assistenten hebben behoefte aan kleine groepsdiscussies waarin “echte fouten” worden besproken bij voorkeur gepresenteerd door de ervaren professionals (bijv. afdelingshoofd) die de fout heeft veroorzaakt (Fischer e.a. 2006). Andere gelegenheden om incidenten te bespreken zijn tijdens de overdracht en de mortaliteitsbespreking (Wu e.a. 1991).

Feedback over incidenten dient dus op verschillende niveaus in een organisatie te worden gegeven en kent verschillende doelen. Er zijn diverse methoden om feedback te geven. In

ieder geval moeten feedback processen met regelmaat worden aangepast (Gandhi e.a. 2005).

2.2.2 Feedback

Feedback in het kader van incidenten kan in een breder perspectief op feedback geplaatst worden. De afgelopen jaren is er een enorme toename in de literatuur van studies die de effecten van feedback evalueren. Het gaat vooral om de rol en de effecten van feedback aan zorgverleners bij het implementeren van verbeteringen in de zorg, bijvoorbeeld richtlijnen. Een gemeenschappelijke bevinding uit de literatuurreviews en onderzoeken is dat geen eenduidige conclusies kunnen worden getrokken over de effectiviteit van feedback (van der Weijden e.a. 2001; Jamtvedt e.a. 2006b; Jamtvedt e.a. 2006a). Uit verschillende vergelijkingen komen zeer gevarieerde uitkomsten naar voren. De effectiviteit van feedback blijkt wisselend en varieerde van een daling van 16% in *compliance* tot de gewenste praktijkvoering tot een 70% stijging in *compliance* (Jamtvedt e.a. 2006a). Studies kenmerken zich door een grote diversiteit aan methoden en onderwerpen en zijn daardoor onderling slecht vergelijkbaar (van der Weijden e.a. 2001).

Hoewel over de effectiviteit van feedback weinig bekend is, speelt een aantal determinanten een rol hierin (van der Weijden e.a. 2001; Jamtvedt e.a. 2006a):

- De ontvanger; individu of groep;
- De bron; validiteit van de data afhankelijk van directe of indirecte observatie van de zorgverlener;
- De boodschapper; bijvoorbeeld collega, onderzoeker of zorgverzekeraar;
- De methode of het format; schriftelijk of elektronisch, mondeling toegelicht, beschrijvend of grafisch weergegeven, timing van de feedback of een combinatie;
- De inhoud; passieve of actieve feedback, patiëntspecifiek of algemeen, met of zonder vergelijk van collega's;
- De intensiteit; frequentie, formatief of summatief, cross-sectioneel of prospectief, de duur.

Deze determinanten maken een ontelbaar varianten van feedback mogelijk.

Feedback kan effectief zijn, maar de invloed van de verschillende determinanten hierop is nog niet helder. Toch biedt de literatuur wat de auteurs betreft aanknopingspunten voor de toepassing van feedback (ibid):

- Geïndividualiseerde feedback is waarschijnlijk effectiever dan groepsgewijze feedback via een hoofd van de afdeling of in een gemeenschappelijke ruimte opgehangen feedback;
- Richt feedback op concrete, bewust geselecteerde handelingen;

- De acceptatie van de bron van feedback lijkt belangrijk;
- De gegevens waarop de feedback is gebaseerd dienen valide en betrouwbaar te zijn;
- Over de vorm van de feedback en de hoeveelheid informatie moeten bewuste keuzen worden gemaakt en deze moeten goed aansluiten bij de beleving van de doelgroep.

Mugford maakt onderscheid in actieve en passieve feedback (Mugford e.a. 1991). In het geval van passieve feedback wordt informatie gegeven zonder dat duidelijk wordt gesteld of en welke actie van de ontvanger wordt verlangd. Bij actieve feedback wordt de informatie geborgd in de praktijk, bijvoorbeeld opname in een protocol of als basis voor verdere discussie. Dit vraagt om actie van de ontvanger.

Samengevat

Het belang van feedback bij het melden van incidenten wordt in de literatuur onderstreept. Er zijn verschillende doelgroepen en doelen te onderscheiden. Hoewel feedback in dit kader nog niet systematisch is onderzocht staan in de literatuur verschillende voorbeelden van feedback genoemd. De meer algemene literatuur over feedback in de zorg geeft aanknopingspunten met betrekking tot een aantal determinanten die een rol spelen bij de effectiviteit van feedback. Deze determinanten worden in het onderzoek gebruikt om feedback binnen VIM te onderzoeken.

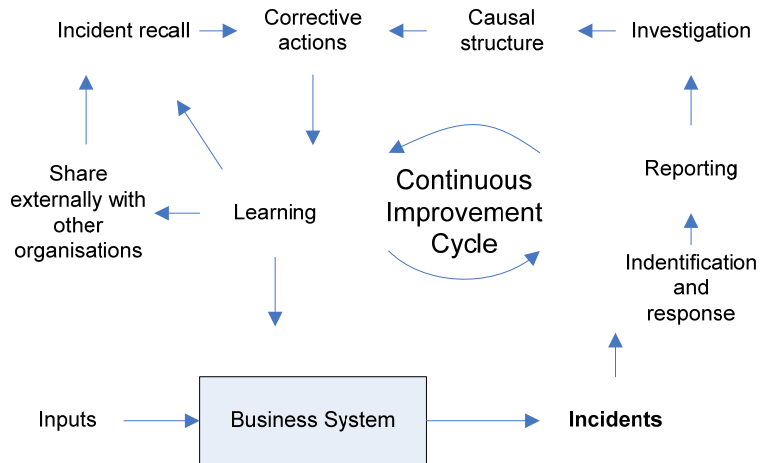
2.3 Leren

Zoals gezegd wordt vaak als doel van het melden van incidenten aangeduid om te leren van eerdere ervaringen en daarmee herhaling te voorkomen (Leape 2002; Department of Health 2000). Tegelijkertijd blijkt het leren van incidenten een complex fenomeen. Deze paragraaf beschrijft een aantal concepten uit de literatuur rond het leren van incidenten.

2.3.1 Leercyclus – wat is leren

Volgens Edmondson hebben met name kleine, alledaagse onbedoelde gebeurtenissen een meerwaarde om van te leren (Edmondson 2004). Grote fouten hebben vaak veel en diepgewortelde oorzaken die lastig zijn om te veranderen c.q. aan te pakken. Bovendien kunnen kleine onbedoelde gebeurtenissen een voorbode zijn van toekomstige fouten. Het analyseren van incidenten en het invoeren van verbetermaatregelen is een hulpmiddel om te leren van incidenten (Cooke e.a. 2006). Schematisch kan dit als volgt worden weergegeven:

“U hoort van ons”, de rol van feedback op het leren van incidenten



Figuur 1 Incident learning system. Bron Cooke et al 2006

Het leersysteem uit figuur 1 bereikt een punt waarop op basis van analyse verbetermaatregelen worden geformuleerd. Dit betekent dat identificatie en analyse van incidenten noodzakelijk zijn om te kunnen leren. Het invoeren van verbetermaatregelen is een essentieel onderdeel van het leerproces waarin onderscheid gemaakt kan worden tussen actief leren en passief leren (Department of Health 2000; Dean 2002). Bij passief leren worden geleerde lessen en verbetermaatregelen wel geïdentificeerd, maar niet geïmplementeerd. In het geval van actief leren worden lessen ingevoerd en ingebed in de praktijk. Het is duidelijk dat alleen met behulp van actief leren daadwerkelijk op een effectieve manier van incidenten kan worden geleerd i.e. het voorkomen van het incident in de toekomst (ibid). Tucker en Edmondson maken voor het leren van incidenten onderscheid in 1^e orde en 2^e orde probleem oplossen (Argyris 1991; Tucker e.a. 2003). In het geval van 1^e orde probleem oplossen lossen zorgverleners het probleem op daar waar het zich voordoet, zonder naar onderliggende oorzaken te kijken (*quick fix*). Bij 2^e orde wordt naast het oplossen van het probleem gezocht naar oorzaken om herhaling te voorkomen. In de literatuur over leren valt de indeling 1^e en 2^e orde probleem oplossen onder de termen *single loop* en *double loop* leren. In het geval van *single-loop* leren worden fouten hersteld daar waar ze worden gemaakt (Argyris 1991; Swieringa e.a. 1990a). Het herstel vindt plaats op basis van de bestaande regels en routines. De veranderingen liggen op het niveau van beter van hetzelfde. Omdat waarom vragen niet worden gesteld kan deze vorm van leren niet voorkomen dat de fout nog eens wordt gemaakt. *Double-loop* leren benadert situaties vanuit het perspectief van verbetering om daarmee een fout in de toekomst te voorkomen. Door het stellen van waarom vragen worden bestaande regels en routines veranderd (ibid).

2.3.2 Niveaus van leren – wie leert er

Leren van incidenten kan plaatsvinden op verschillende niveaus in een organisatie (Dean 2002; Department of Health 2000; Walburg 2006a). Individuen kunnen leren door reflectie op hun fouten en hun handelen te veranderen. Daarvoor is het nodig dat individuen hun fouten kunnen en willen herkennen. Op individueel niveau manifesteert leren zich in verbeterd professioneel handelen en resultaten (Walburg 2006a). Op teamniveau of afdelingsniveau leert men van de fouten van collega's. Door van elkaar te leren neemt het aantal leer mogelijkheden toe. Teamleden ontwikkelen collectieve kennis en vaardigheden, bijvoorbeeld rondom een zorgproces (Walburg 2006a). Op meer grote schaal vindt hetzelfde plaats op organisatieniveau. Op organisatieniveau is ook *transferable learning* mogelijk (Department of Health 2000). Daarbij kunnen afdelingen van elkaar leren, omdat bepaalde incidenten ook lessen opleveren voor andere afdelingen. Bijvoorbeeld doordat verschillende gebeurtenissen kunnen leiden tot identieke gevaarlijke situaties. Verder kunnen verschillende afdelingen vergelijkbare operationele processen hebben wat tot gelijksoortige incidenten kan leiden.

2.3.3 Barrières om te leren

Zorgorganisaties die systematisch van fouten in het zorgproces leren zijn zeldzaam (Edmondson 2004). Er zijn namelijk barrières die het leren van incidenten in een organisatie verhinderen (Cannon e.a. 2005). Technische en sociale barrières verhinderen het melden van incidenten, maar ook de identificatie en de analyse hiervan.

Sociale barrières

Tucker en Edmondson hebben kwalitatieve studies verricht naar het typeren van leergedrag in de gezondheidszorg, met name bij verpleegkundigen in ziekenhuizen (Edmondson 2004; Tucker e.a. 2003; Tucker e.a. 2002). Er zijn twee sociale barrières die het leren van incidenten belemmeren (Edmondson 2004). Ten eerste is er in veel instellingen een gesloten cultuur waarin van openheid en het bespreekbaar maken van incidenten geen sprake is. Dit ontmoedigt het melden van incidenten (Cannon e.a. 2005). Daarnaast belemmert een dergelijke cultuur een effectieve groepsgewijze analyse van incidenten en discussie hierover. Verder zorgt de gesloten cultuur en de manier waarop de zorg is georganiseerd ervoor dat de primaire en dominante reactie van zorgverleners op dingen die mis gaan een *quick fix* is in plaats van het probleem systematisch te analyseren en op die manier op te lossen (1^e orde). Dit wordt geïllustreerd aan de hand van observaties bij verpleegkundigen in het oplossen van problemen c.q. het omgaan met fouten (Tucker e.a. 2003; Edmondson 2004; Tucker e.a. 2002). De analyse laat twee strategieën zien die in 93% van de problemen werd toegepast. Ten eerste pasten verpleegkundigen korte termijn oplossingen toe om de zorg voor de patiënt te kunnen continueren zonder actie te ondernemen om dergelijke problemen

te voorkomen. Daarmee werd vaak het onderliggende probleem verplaatst en niet de onderliggende oorzaken aangepakt. Daarnaast roepen verpleegkundigen vaak hulp in van de persoon die sociaal gezien dichtbij staat in plaats van de persoon die het probleem het beste kan oplossen. Deze strategieën zijn aan te merken als eerste orde probleem oplossen.

Om 2^e orde leren te bewerkstelligen moeten de sociale barrières doorbroken worden onder meer door een cultuuromslag (Edmondson 2004). Een cultuuromslag moet leiden tot een lerende omgeving waarin medewerkers zich vrij en veilig voelen om onbedoelde gebeurtenissen te melden en te bespreken. Daarnaast is een team georiënteerde leerinfrastructuur noodzakelijk. Teams moeten worden betrokken bij het analyseren van incidenten en het uitproberen van verbetermaatregelen. Het leren moet worden georganiseerd. Zorgprofessionals zijn in de beste positie om problemen in het zorgproces te identificeren (Tucker e.a. 2002).

Technische barrières

Technische barrières zijn gelegen in het feit dat in complexe systemen, zoals de zorg, kleine fouten moeilijk herkenbaar zijn (Cannon e.a. 2005). Dit vormt een barrière voor het herkennen van onbedoelde gebeurtenissen. Daarnaast belemmert een gebrek aan vaardigheden en kennis met betrekking tot analyse om op een systematische manier van incidenten te leren. Men is vaak gefocust op oppervlakkige oorzaken en oplossingen. Dit sluit meer fundamentele lessen uit (Department of Health 2000).

Om technische barrières te doorbreken zijn goede data nodig om incidenten te kunnen herkennen (Cannon e.a. 2005). Medewerkers moeten zich daarnaast bewust zijn van en getraind worden in systeemdenken en zich realiseren dat kleine incidenten kunnen leiden tot grote consequenties in complexe systemen. Daarnaast moeten incidenten aan de hand van specifieke analysemethoden geanalyseerd worden. Een aantal mensen binnen een team moet daarover kennis hebben (ibid).

Samengevat

Uit het incident leersysteem blijkt dat leren van incidenten gericht is om op basis van analyse verbetermaatregelen in te zetten om herhaling te voorkomen. Deze benadering past binnen 2^e orde leren. Echter de literatuur geeft aan dat er binnen de zorg sociale en technische barrières zijn die het identificeren, het melden en het analyseren van incidenten belemmeren en daardoor 2^e orde leren veelal niet plaatsvindt. In dit onderzoek zal het leren van incidenten binnen VIM getypeerd worden aan de hand van de literatuur.

2.4 Deelvragen onderzoek

Zoals uit het theoretisch kader blijkt is feedback een van de succesfactoren van meldsystemen en een voorwaarde om te kunnen leren van incidenten. Leren van incidenten is gericht op 2^e orde leren, maar barrières in de zorg belemmeren dit.

Een en ander leidt tot de volgende deelvragen van het onderzoek:

1. Hoe is VIM opgezet in ziekenhuizen en op welke manier wordt vormgegeven aan het geven van feedback?
2. Welke ideeën en ervaringen bestaan er met betrekking tot het leren van incidenten? Hoe kan het leren van incidenten getypeerd worden?
3. In welke mate passen feedback en leren zoals het plaatsvindt bij VIM in de literatuur over leren en feedback?

Hoofdstuk 3 Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk worden de opzet en de aanpak van het onderzoek beschreven.

3.1 *Design*

Het onderzoek is een kwalitatieve beschrijvende en verkennende studie bestaande uit documentenonderzoek en interviews. De aard van de probleemstelling en de beperkte kennis die bestaat over het geven van feedback en leren in het kader van incident melden hebben geleid tot de keuze voor dit design. Kwalitatief onderzoek haalt zijn waarde niet zozeer uit het aantal respondenten, maar uit de inhoud van de beleving en ideeën van de respondenten. Daarmee konden de aanpak van VIM en de feedbackmechanismen worden beschreven en de ervaringen en ideeën over feedback en leren van incidenten worden verkend.

3.2 *Setting*

Het onderzoek vond plaats op één verpleegafdeling in twee ziekenhuizen die deelnemen aan het programma Sneller Beter Pijler 3. De ziekenhuizen starten met VIM op minimaal twee afdelingen. Het CBO, uitvoerder c.q. begeleider van het VIM project, selecteerde op verzoek van de onderzoeker vier ziekenhuizen die benaderd konden worden voor het onderzoek. Bij de selectie heeft het CBO rekening gehouden met ziekenhuizen die het minst aantal personele wisselingen binnen het VIM-project hebben gehad, zodat bij onderzoek een goed beeld kon worden verkregen van de ervaringen met VIM. De onderzoeker heeft vervolgens de aangereikte contactpersoon van twee ziekenhuizen benaderd om te participeren in het onderzoek. Beide ziekenhuizen reageerden positief. Om zo breed mogelijk ervaringen rond VIM te kunnen onderzoeken is gekozen voor één ziekenhuis uit tranche 1 (ziekenhuis 1) van SBp 3 en één ziekenhuis uit tranche 2 (ziekenhuis 2). De contactpersoon van het ziekenhuis heeft in overleg een verpleegafdeling aangereikt die bereid was te participeren in het onderzoek.

3.3 *Raadplegen experts*

Voor de start van de interviews in de ziekenhuizen zijn twee experts geraadpleegd middels een semi-gestructureerd interview. De raadpleging diende twee doelen. Ten eerste om de concepten die uit de literatuur naar voren komen met betrekking tot het melden van incidenten, feedback en leren aan te vullen. Daarnaast werd de experts gevraagd aanvullende topics aan te reiken voor de interviews in de ziekenhuizen.

Aan het einde van de interviewperiode in de instellingen zijn twee andere experts geraadpleegd die gevraagd werden te reflecteren op een aantal voorlopige bevindingen uit de interviews in de instellingen. Doel was om de resultaten in een breder perspectief te bezien en te verifiëren.

De selectie van de experts vond plaats op basis van wetenschappelijke en/of directe betrokkenheid bij het onderwerp vanuit de praktijk. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de contacten van de onderzoeker.

3.4 Documentenonderzoek

Als voorbereiding op de interviews werden van de deelnemende ziekenhuizen enkele relevante documenten bestudeerd om een beeld te krijgen van de opzet van VIM in de betreffende ziekenhuizen. Bestudeerd zijn nieuwsbrieven, de meldingsprocedure, het VIM reglement. Tevens zijn deze documenten gebruikt ter verificatie van de uitkomsten van de interviews.

3.5 Dataverzameling en analyse

Met de respondenten werden in de instelling face-to-face semi-gestructureerde interviews gehouden die werden opgenomen op tape. De duur van de interviews varieerde van dertig tot zestig minuten. Na een korte introductie op het onderzoek werden vragen gesteld over de opzet en het functioneren van het incident melden, de feedback en het leren van incidenten. Dit gebeurde aan de hand van een topiclijst (zie bijlage). De topiclijst werd opgesteld op basis van de concepten uit de literatuur en de interviews met de experts. De topiclijst is in elk interview gebruikt.

Interviews werden naderhand letterlijk uitgeschreven en vervolgens geanalyseerd. Analyse vond plaats door middel van codering. Codering betrof zowel aspecten uit het theoretisch kader als daarbuiten. Hiermee werden de relevante thema's geselecteerd.

3.6 Respondenten

Aan de contactpersoon van de instelling werd gevraagd namen voor te dragen van respondenten waarvan bekend is dat zij incidenten melden, zodat zij hun ervaringen en ideeën konden vertellen. Daarnaast is bij de selectie van respondenten spreiding over verschillende typen zorgverleners en andere betrokkenen bij incident melden meegenomen. De onderzoeker heeft de respondenten vervolgens benaderd. Op één na waren alle respondenten positief om mee te doen met het onderzoek. Eén respondent gaf aan geen tijd te hebben voor het interview. In totaal zijn tien personen geïnterviewd (beide ziekenhuizen vijf).

Personen zijn gevraagd om vanuit het perspectief van hun functie te reageren. Daarbij werd gevraagd naar eigen ervaringen en ideeën, maar ook naar die van directe collega's, dat wil zeggen collega's die dezelfde functie beoefenen. De respondenten hebben de volgende functies binnen de ziekenhuizen:

Voorzitter MIP-commissie	2x
Secretaris MIP-commissie	2x
Medisch specialist	2x
Arts-assistent	1x
Verpleegkundige	4x
Lid afdelingscommissie	5x

Omdat een aantal respondenten meerdere functies bekleedde is het aantal hoger dan elf. Op één na waren alle personen direct betrokken bij het melden van incidenten in het ziekenhuis, bijvoorbeeld als lid van de afdelingscommissie.

3.7 Validiteit en betrouwbaarheid

Een belangrijk punt is triangulatie. Verschillende invalshoeken zijn noodzakelijk om een onderwerp goed te kunnen onderzoeken. Triangulatie van bronnen is gewaarborgd door de resultaten van de literatuurstudie te laten aanvullen door twee experts alvorens de interviews in de ziekenhuizen te verrichten. Dit kwam de validiteit van de topiclijst ten goede.

Triangulatie van data is nagestreefd door tijdens het interview door te vragen en om voorbeelden te vragen. Daarnaast heeft de onderzoeker gedurende de hele onderzoeksperiode met de medestudenten van de scriptiegroep en de begeleider overleg gevoerd.

De externe validiteit is beperkt. De omvang van het onderzoek staat in beperkte mate toe om resultaten te vertalen naar bijvoorbeeld andere ziekenhuizen. Om de validiteit te verhogen is een aantal bevindingen uit de interviews in een telefonisch interview voorgelegd aan twee experts die nauw betrokken zijn bij de ontwikkelingen rond VIM in Nederland. Hen is met name gevraagd naar de mate van herkenbaarheid van de bevindingen.

3.8 Rol van de onderzoeker

De onderzoeker interpreteert de data. De blik van de onderzoeker op de werkelijkheid is hierbij één van de ordeningsprincipes. Door deze bias te expliciteren kan deze meegenomen worden bij de beoordeling van de resultaten. De onderzoeker is vanuit haar werkzaamheden betrokken bij het onderwerp patiëntveiligheid. De onderzoeker heeft inhoudelijke achtergrondkennis op het gebied van patiëntveiligheid en heeft een goed beeld van de stand van zaken in Nederland. Bij de keuze van de ziekenhuizen en de respondenten werden geen

“U hoort van ons”, de rol van feedback op het leren van incidenten

personen betrokken worden waar de onderzoeker een directe relatie mee heeft vanuit het werk. Uitzondering hierop waren de experts die geraadpleegd zijn. De onderzoeker had geen directe betrokkenheid heeft bij het programma Sneller Beter pijler 3.

Hoofdstuk 4 Resultaten

Hoofdstuk 4 beschrijft de resultaten van het onderzoek. Achtereenvolgens komen de volgende onderwerpen aan bod: de aanpak van VIM, feedback en tot slot het leren van incidenten.

4.1 VIM

Zoals toegelicht in hoofdstuk 1 is VIM één van de best practices die binnen het landelijk kwaliteitsverbeterprogramma Sneller Beter Pijler 3 (SBp3) in 24 ziekenhuizen wordt geïmplementeerd. Het draaiboek VIM, dat binnen SBp3 wordt gebruikt, beschrijft VIM als volgt: “VIM is bedoeld om zicht te krijgen op het hoe en waarom van onbedoelde gebeurtenissen in het zorgproces met als doel de veiligheid van zorg te verbeteren. Niet de vergissing van een persoon staat hierbij centraal, maar de condities waaronder zorgverleners werken en de manier waarop de zorg is georganiseerd” (Evers e.a. 2004). Bij onbedoelde gebeurtenissen staat de vraag centraal hoe het komt dat de barrières binnen het systeem niet gewerkt hebben. Het draaiboek benadrukt dat het vrijwillig melden van incidenten een omgeving vereist waarin medewerkers bereid zijn om open over onbedoelde gebeurtenissen te praten, zodat analyse en het inzetten van verbetermaatregelen mogelijk zijn. Het melden van incidenten kan het beste op afdelingsniveau georganiseerd worden, zodat professionals betrokken kunnen worden. VIM moet een vanzelfsprekend onderdeel worden van het dagelijkse werk (ibid).

Binnen SBp3 wordt ziekenhuizen geadviseerd om op twee afdelingen te starten met VIM en na 1 jaar verder uit te rollen in de instelling. Een afdeling die met VIM start stelt een afdelingcommissie voor incidenten in. De commissie verzamelt incidenten en analyseert de meldingen en zet verbetermaatregelen in. De leden van de afdelingscommissie worden getraind in analysemethodieken. Daarnaast heeft de commissie een rol in het motiveren van medewerkers om incidenten te melden. Het is van belang dat VIM een multidisciplinair karakter heeft. Medisch specialisten dienen uitdrukkelijk betrokken te zijn. De commissie heeft dan ook een multidisciplinaire samenstelling en bestaat ten minste uit: een medisch specialist, een leidinggevende, een verpleegkundige en een arts-assistent (ibid).

De medewerkers van de afdeling melden incidenten bij de afdelingscommissie door het invullen van een meldingsformulier (papier of digitaal). De bedoeling is dat medewerkers alles melden “dat niet de bedoeling was”. Het draaiboek vermeldt dat het aannemelijk is dat het aantal meldingen van verpleegkundigen en arts-assistenten hoger ligt gezien het relatief aantal patiëntcontacten dat deze zorgverleners hebben ten opzichte van medisch specialisten.

Hoe is VIM in de praktijk georganiseerd?

De twee afdelingen die participeerden in het onderzoek zijn in juli 2005 (ziekenhuis/afdeling 1) en mei 2006 (ziekenhuis/afdeling 2) gestart met VIM. Tabel 1 geeft een aantal kenmerken weer van VIM op deze afdelingen.

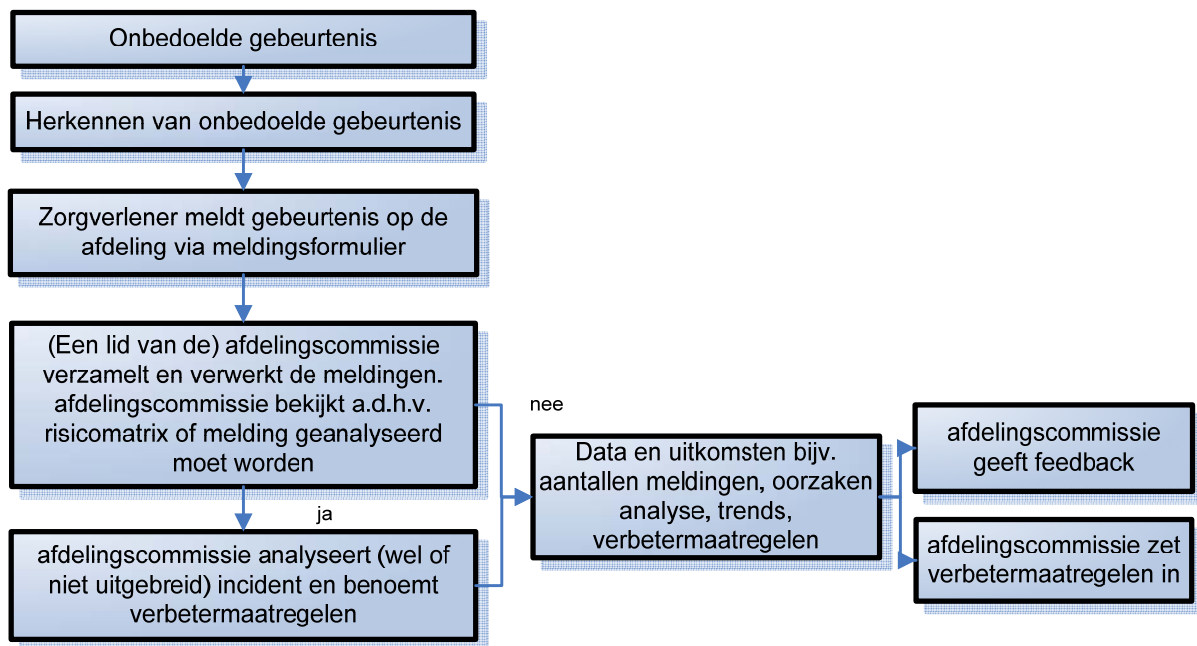
Kenmerk	Afdeling 1	Afdeling 2
Start VIM	Juli 2005	Mei 2006
Wijze van melden	Digitaal formulier	Papieren formulier
Verwerking melding	Database	Handmatig
Samenstelling afdelingscommissie	Verpleegkundig teamleider Medisch specialist Zaalarts Senior verpleegkundige Apotheker Roulerend verpleegkundige	Verpleegkundig teamleider 2x Medisch specialist Senior verpleegkundige Verpleegkundige 2x
Analyse methode	SIRE, maar meestal een minder uitgebreide analyse. Binnenkort overstap op Prisma	SIRE, maar meestal een minder uitgebreide analyse
Vergaderfrequentie commissie	Eens per 2 weken	Eens per week

Tabel 1 kenmerken van de deelnemende afdelingen.

De ziekenhuizen hanteren verschillende termen voor de afdelingscommissie. Ziekenhuis 1 spreekt van de veiligheidscommissie en ziekenhuis 2 van het projectteam. In deze scriptie wordt de term afdelingscommissie gebruikt, analoog aan het draaiboek VIM. De afdelingscommissies zijn op beide afdelingen multidisciplinair van samenstelling, zoals blijkt uit tabel 1. Op afdeling 2 is er één commissie samengesteld die de incidenten van twee afdelingen verzamelt en analyseert. In beide commissies is de voorzitter een medisch specialist.

Sinds de start van VIM is het aantal meldingen op beide afdelingen sterk gestegen. De respondenten van afdeling 1 geven aan dat er fluctuaties zijn in het aantal meldingen in de loop van de tijd. Na de beginperiode nam het aantal enigszins af, evenals bij de invoering van het digitaal melden in plaats van papier en bijvoorbeeld in vakantieperiodes als er veel flexwerkers en uitzendkrachten op de afdeling zijn. In dit ziekenhuis daalde het aantal meldingen van 350 in de eerste zes maanden naar 350 meldingen in één jaar tijd. Op beide afdelingen melden verpleegkundigen meer incidenten dan artsen.

Op basis van de interviews kan VIM opgedeeld worden in de volgende stappen:



Figuur 2 De stappen van Veilig Incident Melden

De stappen uit figuur 2 worden op beide afdelingen doorlopen, hoewel er op detailniveau verschillen zijn. In het geval van een onbedoelde gebeurtenis meldt een zorgverlener de gebeurtenis via het meldingsformulier. De melding gebeurt niet anoniem. In ziekenhuis 1 wordt gemeld via een digitaal meldingsformulier, in ziekenhuis wordt gebruik gemaakt van een papieren meldformulier. In ziekenhuis 1 komt de melding terecht bij drie commissieleden in de mailbox. In ziekenhuis 2 gaat de melding naar de teamleider die ook lid is van de afdelingscommissie. Op deze manier kan de afdelingscommissie bepalen of er direct actie nodig is, bijvoorbeeld omdat het om een ernstig incident gaat. Een lid van de afdelingscommissie scoort ter voorbereiding van de commissievergadering de meldingen op risicoscore. In ziekenhuis 1 wordt bij een score van drie of hoger de melding in de commissie besproken. Soms wordt ter voorbereiding van de vergadering alvast nadere informatie over het incident verzameld, bijvoorbeeld door navraag te doen bij de melder of het patiëntendossier erop na te slaan. Tijdens de commissievergadering bespreekt de commissie de binnengekomen meldingen en besluit welke incidenten nader geanalyseerd worden. In de meeste gevallen wordt niet de uitgebreide SIRE analyse toegepast, maar een minder uitgebreide analyse. In ziekenhuis 1 noemt men dit de vijf w's en wordt ook regelmatig een tijdlijn gemaakt. In ziekenhuis 2 noemt men dit de *light* versie van SIRE. Een volledige analyse is een tijdrovende klus en in veel gevallen is volgens een aantal respondenten na een minder uitgebreide analyse al duidelijk welke verbetermaatregelen ingezet kunnen worden. Met name het uitzoekwerk in dossiers en interviews afnemen met

betrokkenen kost veel tijd. Bij ernstige incidenten wordt een volledige analyse uitgevoerd. Een aantal respondenten geeft de meerwaarde aan van de multidisciplinaire samenstelling van de afdelingscommissie. Met name bij het analyseren van incidenten komen daarmee verschillende invalshoeken naar voren. De afdelingscommissie bespreekt tijdens de vergadering ook mogelijke verbetermaatregelen. De vervolgstap is het geven van feedback. Dit komt in 4.2 aan de orde.

Om een beeld te krijgen hoe medewerkers over VIM denken werd respondenten gevraagd of VIM zinvol is. Alle respondenten geven aan VIM zinvol te vinden. Artsen melden op beide afdelingen minder incidenten dan verpleegkundigen. Maar wanneer meldt iemand een incident? In beide ziekenhuizen geldt als criterium “alles dat niet de bedoeling was”. Hierin lijkt onder meer de beleving van wat een incident is een rol te spelen, zoals geïllustreerd wordt met de volgende citaten:

Eigenlijk moet je in principe alles melden dat niet zo hoort te zijn. Als het beter kan kwalitatief gezien. (verpleegkundige)

... ik doe het dus op het moment dat ik vind dat er een structureel probleem naar boven komt en waar dan in deze gevallen de patiënt de dupe van is en waarvan ik vind dat door de structuur aan te pakken problemen voorkomen kunnen worden. (arts)

In ziekenhuis 1 werd met name in het begin alles gemeld, bijvoorbeeld ook als een patiënt de medicatie een half uur te laat kreeg. Over een aantal zaken zijn in de loop van de tijd afspraken gemaakt wat wel en niet moeten worden gemeld om het voor de afdelingscommissie werkbaar te houden. Een aantal respondenten geeft aan dat het ook niet altijd helder is of iets een VIM is. Er is een soort grijs gebied. De ene persoon meldt het wel en de ander niet.

Een van de experts geeft aan het verschil in beleving en meldingsbereidheid van een incident te herkennen: “Wat de verpleging een fout vindt, vindt de dokter all in the game”.

(E4)

De geïnterviewde artsen geven verder aan dat het melden van een incident een meerwaarde moet hebben, zoals blijkt uit het volgende voorbeeld:

Dus dat ik investeer, dat ik moeite doe, tijd en energie, dat daar iets voor terugkomt. Op het moment dat ik daar aan twijfel dan ga ik die investering [het melden van een incident, SvG] niet meer doen. (arts)

Een aantal respondenten brengt ook nuancering aan in het feit dat artsen minder incidenten melden. Zo geeft een van de respondenten aan dat er verhoudingsgewijs minder artsen zijn en dat in absolute zin het logisch is dat verpleegkundigen grotere aantallen meldingen hebben. Verder heeft een andere respondent het gevoel dat er onder verpleegkundigen een

aantal trouwe melders is, maar dat er ook verpleegkundigen zijn die niet of nauwelijks melden.

Een aantal respondenten schat in dat het melden ook een manier is om frustratie kwijt te raken of om een signaal af te geven. Zo wordt bijvoorbeeld gezegd:

Mensen gebruiken het ook zo van als ze het maar melden dat de bedden en of matrassen er niet zijn dan komen er misschien meer matrassen... (R3)

Als een arts en een verpleegkundige samen constateren dat er iets mis is gegaan, geeft een aantal respondenten aan dat artsen aangeven dat zij vinden dat de verpleegkundige dat moet melden. Zo zegt een van de artsen:

Stel dat bij de visite blijkt dat zoiets fout is gegaan of bijna fout is gegaan dan zeg ik dat daar melding van gemaakt moet worden. Dat doe ik dan niet zelf, maar ik vind dat de verpleegkundigen dat moeten doen. Voor mezelf heb ik het dus meer op patiëntenniveau, dus waar patiënten echt last van hebben. (arts)

Een andere arts geeft aan met de verpleegkundige te bespreken wie het zal melden. Maar deze respondent ziet ook verschillen tussen artsen. Sommige artsen staan er meer voor open dan anderen. Dit constateert ook een van de verpleegkundigen:

Want heel vaak pin je je dan vast op het feit dat die artsen moeilijk erbij te betrekken zijn om te melden. Maar je kan er ook overheen stappen en zeggen van “oké dit is gebeurd en dat is vervelend, er moet gewoon iemand een melding van maken, en of ik dat nou doe of dat jij dat nou doet maakt eigenlijk niet zo heel veel uit als die melding maar goed gemeld wordt”. (R2)

Deze respondent geeft aan dat artsen wel meewerken als er vervolgens nadere vragen aan hen worden gesteld over de gebeurtenis. Een van de experts herkent dat artsen kleine procesafwijkingen als taak van de verpleging zien.

Samengevat

De afdelingen pakken VIM in grote lijnen op dezelfde wijze aan, afgezien van een aantal accentverschillen, bijvoorbeeld in de wijze van melden en de vergaderfrequentie van de afdelingscommissie. Uit de motivatie c.q. redenen voor zorgverleners om incidenten te melden spreekt de verwachting dat er iets met de melding gebeurt. Artsen lijken daarin een meer expliciete kosten-baten overweging te maken. Dit is een aanwijzing dat het geven van feedback in ieder geval van belang is om de melder te informeren wat er met de melding is gebeurd. De beleving van artsen en verpleegkundigen wat een incident is lijkt te verschillen. Verpleegkundigen melden “alles dat niet de bedoeling was”. Artsen zien een incident als een gebeurtenis waarvan zij inschatten dat er een structureel probleem aan ten grondslag ligt. De mate waarin zorgverleners zich veilig en vrij voelen om te melden, wordt niet helemaal duidelijk uit de interviews. Feit is dat het aantal meldingen fors is gestegen. Maar er is sprake van een projectsituatie waarin de deelnemende afdelingen zich bevinden, wat invloed kan

hebben op het meldgedrag. Er zal waarschijnlijk een zekere mate van veiligheid bestaan om incidenten te melden. Echter, respondenten geven ook aan dat niet alle verpleegkundigen melden en dat de bereidheid van artsen om te melden wisselend is. Paragraaf 4.2.3 gaat nader in op de openheid op de afdeling om over incidenten te praten.

4.2 Feedback

In de literatuur over meldsystemen voor incidenten wordt het belang van feedback benadrukt als succesfactor (Leape 2002). Zoals beschreven in hoofdstuk 2 is in de literatuur een aantal determinanten beschreven die een rol bij de effectiviteit van feedback spelen: de ontvanger, de bron, de boodschapper, de methode, de inhoud en de intensiteit (Jamtvedt e.a. 2006a; van der Weijden e.a. 2001).

Ten aanzien van feedback bij VIM komt uit de interviews komt naar voren dat er op verschillende niveaus in de organisatie aan verschillende doelgroepen feedback wordt gegeven over incidenten. De feedbackmechanismen worden hieronder aan de hand van de determinanten nader beschreven.

4.2.1 Feedback naar de melder

Terugkoppeling naar de melder is individuele feedback die de afdelingscommissie op twee verschillende momenten in het proces geeft.

Ontvangstbevestiging

Het eerste moment van feedback, nadat een zorgverlener een melding heeft gedaan, is de ontvangstbevestiging naar de melder. In ziekenhuis 1 ontvangt de melder per email een bevestiging van de ontvangen melding. In ziekenhuis 2 koppelt de verpleegkundig teamleider in het geval van een ernstig incident de ontvangst van een melding mondeling terug. Naast de melder laten weten dat de afdelingscommissie met de melding aan de slag gaat, heeft deze mondelinge terugkoppeling nog een reden:

Ik wil ook hun gevoel bij een melding horen. Zeker een ernstige melding als een patiënt schade ondervindt, daar zijn mensen altijd heel erg van onder de indruk. Ik wil gewoon hun eigen beleving en hun eigen gevoel daarover en ik wil ook dat ze zich gesteund voelen... (R1)

Of in andere gevallen ook de ontvangst van de melding wordt teruggekoppeld is niet duidelijk. Ook in ziekenhuis 1 wordt de melder persoonlijk aangesproken in het geval van een ernstig incident.

Rapportage naar de melder

In ziekenhuis 1 koppelt de afdelingscommissie na het incident te hebben besproken en te hebben geanalyseerd naar de melder terug wat er besproken is over de melding en welke verbetermaatregelen er worden ingezet. Sinds kort vindt de terugkoppeling plaats per email waarbij het formulier dat de afdelingscommissie invult bij de bespreking van de melding naar de melder wordt gestuurd. In ziekenhuis 2 vindt een dergelijke terugkoppeling naar de melder niet plaats, maar koppelt de teamleider mondeling terug naar de melder. Of dit structureel gebeurt bij alle meldingen is op basis van de interviews niet duidelijk.

De rapportage aan de melder lijkt met name een informerend karakter te hebben. Een aantal respondenten ziet de terugkoppeling naar de melder als een belangrijk middel om het melden van incidenten te blijven stimuleren. Zo licht een van de respondenten toe: *“Dus ik kan blijven melden want er wordt echt actie op ondernomen. ... Melden heeft zin”*. (R2)

Naast de individuele terugkoppeling die een melder krijgt van de afdelingscommissie kan het zo zijn dat een melder in de dagelijkse praktijk wordt aangesproken door collega's als er zich onbedoelde gebeurtenissen voordoen. Dit komt nader aan de orde in 4.2.3.

4.2.2 Feedback binnen de afdeling en de verschillende beroepsgroepen

Terugkoppeling naar de medewerkers van de afdeling vindt plaats via groepsgewijze feedback in mondelinge en schriftelijke c.q. digitale vorm. Het gaat hierbij om terugkoppeling over incidenten die op de afdeling zijn gemeld en waar de medewerkers in de meeste gevallen niet direct bij betrokken zijn geweest. Respondenten geven aan van deze incidenten graag te horen wat er aan gedaan kan worden om herhaling te voorkomen en wat er precies is gebeurd. Als doel van de feedback over verbetermaatregelen noemt een respondent het volgende:

... dus dat het gewoon goed blijft hangen, zo van deze acties zijn erop ingezet en daar moeten we ons nu aan houden. (R2)

Terugkoppeling naar verpleegkundigen: het periodiek werkoverleg

Op beide afdelingen speelt het werkoverleg van de verpleegkundigen een rol in de terugkoppeling van incidentmeldingen. Dit overleg vindt eens in de twee weken (ziekenhuis 1) en één keer per maand (ziekenhuis 2) plaats. Tijdens het overleg komt, naast algemene zaken die op de afdeling spelen, vrijwel altijd het incident melden aan de orde. Tijdens het overleg koppelt de teamleider of een ander verpleegkundig lid van de afdelingscommissie een aantal zaken terug: Het aantal meldingen, het soort meldingen dat is gemeld (zoals vallen, medicatie, etc.), een toelichting op grote incidenten en verbetermaatregelen. De informatie kan worden gezien als actieve feedback (het verlangt actie van de ontvanger) en

passieve feedback (informerend) (Mugford e.a. 1991). In ziekenhuis 1 ligt de nadruk in het werkoverleg op het bespreken van verbeteracties. Daarbij komt aan bod welke acties er gaande zijn, welke plannen er zijn, welke acties nieuw zijn en welke nieuwe afdelingsregels er gelden naar aanleiding van een incident. In beide ziekenhuizen worden nieuwe verbeteracties niet alleen medegedeeld maar ook met elkaar besproken. In ziekenhuis 2 gebeurde dit bijvoorbeeld bij het idee om de namen van patiënten op de medicatiestickers te markeren om medicatiefouten te voorkomen:

Dus we [afdelingscommissie, SvG] hadden nu bedacht dat het misschien goed zou zijn als je alle namen geel zou arceren. Ja, dat kun je natuurlijk bedenken als afdelingscommissie en eigenlijk hadden we wel zoiets van dat dit wel werkzaam zou moeten zijn. Maar het is voor het team [verpleegkundigen, SvG] wel prettig om het nog wat breder te trekken en in het team ook nog een keer te overleggen. Vinden we dit dan inderdaad een goed plan om zo met elkaar te gaan werken. ... Het is niet alleen maar zeggen van dit hebben we afgesproken dus zo is het, maar we proberen ook het team mee te laten denken van we hebben dit bedacht en zijn jullie het daar mee eens of hebben jullie nog andere ideeën. (R2)

Voor verbeteracties die zijn ingevoerd is het werkoverleg ook een moment om te evalueren of de verbetermaatregelen toegepast worden en te wijzen op afspraken waar nog niet iedereen zich aan houdt of die naar de achtergrond zijn verdwenen. Het prettige aan mondelinge feedback vinden respondenten dat het geven van een toelichting beter gaat dan wanneer schriftelijk feedback wordt gegeven.

Beide ziekenhuizen kennen een goede opkomst van het overleg. Van het werkoverleg worden notulen gemaakt, zodat verpleegkundigen die niet aanwezig zijn geweest kunnen nalezen wat er is besproken, welke verbeteracties er in gang zijn gezet en welke nieuwe afdelingsafspraken er gelden.

Ziekenhuis 1 heeft naast het maandelijkse werkoverleg drie of vier keer per jaar een vast medewerkersoverleg voor de verpleegkundigen, waarin onder meer de voortgang van het VIM-project wordt toegelicht.

Terugkoppeling naar artsen

Groepsgewijze mondelinge terugkoppeling naar artsen vindt in tegenstelling tot de verpleegkundigen niet structureel plaats. De volgende passage illustreert dit:

Maar het is zo dat dat [terugkoppeling, SvG] nog wel eens een probleem is want wij hebben geen structureel overleg moment. Dus het is wel eens zo dat ik de acties lees op het toilet omdat daar het briefje hangt van het verslag van het verpleegkundig overleg. (R5)

In ziekenhuis 1 koppelt de chef de clinique, lid van de afdelingscommissie, mondeling terug naar de specialisten van het specialisme en die koppelen terug naar de arts-assistenten. Volgens een van de respondenten gebeurt dit alleen in het geval van zaken waarop direct

actie ondernomen moet worden of in het geval van grote veranderingen. Het gaat hier alleen om actieve feedback. Deze respondent zou graag incidenten waarbij iets structureels aan de hand is terughoren, hetgeen nu niet gebeurt.

De medisch specialisten in ziekenhuis 2 hebben een wekelijks maatschapsoverleg. Daarin worden tot nu toe geen incidenten besproken. De afdelingscommissie, waarin geen medisch specialist van deze afdeling zit, koppelt bevindingen uit de commissie niet structureel terug naar de artsen. Een van de respondenten (arts) geeft aan niet te weten hoeveel meldingen er worden gedaan op de afdelingen en is niet op de hoogte van verbetermaatregelen. Deze respondent zou graag een jaarverslag van de afdelingscommissie lezen waarin gegevens over het aantal meldingen staan en zaken die verbeterd kunnen worden.

In beide ziekenhuizen zijn er geen periodieke multidisciplinaire overleggen. De dagelijkse overlegsituaties komen aan bod in 4.2.3.

Afdelingsbrede terugkoppeling: de nieuwsbrief

In beide ziekenhuizen wordt gebruik gemaakt van een nieuwsbrief als een vorm van groepsgewijze feedback aan de afdeling. In ziekenhuis 1 is dit een VIM nieuwsbrief die de afdelingscommissie uitbrengt. De nieuwsbrief verschijnt inmiddels digitaal eens per kwartaal en wordt aan alle medewerkers van de afdeling gestuurd. Bij de start van VIM was de frequentie hoger, omdat er toen meer nieuws te melden was. De nieuwsbrief wordt gebruikt om alle medewerkers (multidisciplinair) van de afdeling te informeren en de aandacht te blijven vestigen op het incident melden. In de nieuwsbrief staan alle dingen bij elkaar gebundeld die de afgelopen tijd zijn besproken in de afdelingscommissie zoals bijvoorbeeld: het aantal incidenten van de periode, top vijf van meldingen, verbeteracties en het uitschrijven van één incident. Bij het uitschrijven van één incident wordt uiteengezet wat er is gebeurd, waarom de barrières niet hebben gewerkt en hoe dat een volgende keer kan worden voorkomen. De nieuwsbrief wordt naar mening van de respondenten met enthousiasme ontvangen en zij hebben het idee dat de nieuwsbrief gelezen wordt, met name door verpleegkundigen. De nieuwsbrief wordt rondgestuurd per email en wordt daarnaast opgehangen op het toilet en een centraal punt op de afdeling. Het is op basis van de interviews niet goed aan te geven in welke mate artsen bekend zijn met de nieuwsbrief en of zij deze lezen. Omdat de arts-assistenten elke vier maanden rouleren zijn zij waarschijnlijk niet volledig op de hoogte van het bestaan van de nieuwsbrief. Een van de respondenten (arts) hoort collega's nooit over de nieuwsbrief in tegenstelling tot verpleegkundig respondenten die collega's er wel over horen.

In ziekenhuis 2 is het een nieuwsbrief voor verpleegkundigen waarin ontwikkelingen die spelen op de afdeling worden gemeld en ook aandachtspunten en belangrijke zaken rond

incidenten worden meegenomen. De nieuwsbrief wordt per email verstuurd. Ook hier hebben de respondenten het gevoel op basis van de reacties die zij krijgen dat de nieuwsbrief gelezen wordt door de verpleegkundigen. Artsen krijgen de nieuwsbrief niet.

Aan de feedback richting de verpleegkundigen lijkt in beide ziekenhuizen goed aandacht te worden besteed. Zowel mondeling als schriftelijk, actieve en passieve feedback en het heeft een structureel karakter. Het effect van de feedback richting verpleegkundigen wordt als volgt verwoord door een van de respondenten:

En je merkt ook wel dat als er bijvoorbeeld zo'n nieuwsbrief komt of er komen weer dingen terug in het werkoverleg dat mensen denken van: “oh ja ik moet inderdaad weer even wat melden”. (R2)

De feedback richting artsen lijkt een minder structureel karakter te hebben. In ziekenhuis 1 ontvangen de artsen een nieuwsbrief. In ziekenhuis 2 wordt niet structureel teruggekoppeld, voor zover opgemaakt kan worden uit de interviews.

4.2.3 Organisatiebrede feedback

Naast de terugkoppeling die de afdelingscommissie geeft naar de afdeling, geeft de commissie ook terugkoppeling naar de centrale MIP-commissie. Het meest duidelijke voorbeeld hiervan is het doorsturen van incidenten naar de MIP-commissie. Met de komst van VIM op de afdeling verandert er een en ander voor de MIP-commissie. Hoewel het draaiboek VIM aangeeft dat de afdelingscommissie ook afspraken maakt met de centrale meldingscommissie (MIP) over de werkwijze van de beide commissies ten opzichte van elkaar en wanneer een melding wordt doorgestuurd naar centraal, blijkt uit de interviews dat dit in beide ziekenhuizen nog niet helemaal duidelijk is. Beide afdelingen zijn er niet altijd zeker van of het zinvol is om een incident door te sturen. Een van de respondenten geeft een voorbeeld:

Maar ik weet niet dus niet of de MIP dat wil weten van mij. ... We hadden op een gegeven moment koordjes in de badkamer die los [schoten, SvG] en dan kon de noodbel niet... ja moet je dat nou aan de MIP doorgeven. Uiteindelijk hebben we dat in dit geval wel gedaan en blijkt dat gewoon op alle afdelingen een probleem te zijn (R3).

In beide ziekenhuizen is afgesproken om incidenten met een afdelingsoverstijgend karakter, ernstige incidenten en incidenten waar andere afdelingen ook van kunnen leren door te sturen naar de MIP. Welke incidenten een afdelingsoverstijgend karakter hebben is daarbij niet altijd duidelijk, zoals uit bovenstaand citaat blijkt: een probleem dat zich voordoet op een afdeling kan ook op een andere afdeling spelen zonder dat mensen dat van elkaar weten. De

MIP-commissies in beiden ziekenhuizen beraden zich momenteel op hun toekomstige rol als alle afdelingen in de ziekenhuizen VIM hebben ingevoerd.

De VIM commissie van ziekenhuis 1 rapporteert per kwartaal aan de MIP over het aantal incidenten, wie de melders zijn (artsen/verpleegkundigen), oorzakenpatroon en de top 5 in het oogspringende verbetermaatregelen

De MIP-commissie koppelt ook terug naar de afdeling c.q. afdelingscommissie. Als de afdelingscommissie een melding doorstuurt naar de MIP bespreekt de MIP-commissie de melding en koppelt de bevindingen terug. In ziekenhuis 1 voert de MIP-commissie de bevindingen in het systeem in en dat gaat met een druk op de knop terug naar de afdelingscommissie en eventueel de melder. Verder is deze MIP-commissie van plan om op korte termijn te starten met een nieuwsbrief voor de afdelingen.

Feedback aan de afdelingen geven is naar mening van een van de respondenten belangrijk om het nut van de MIP te laten zien. Over de feedback die de MIP-commissie teruggeeft aan de afdeling is niet iedereen tevreden. Een aantal respondenten geeft aan weinig te horen wat er met doorgestuurde meldingen precies gebeurt.

4.2.4 Feedback in de dagelijkse praktijk

Naast het verbeteren beoogt VIM ook een stimulerende rol te spelen in het creëren van een open cultuur op de afdeling (Evers e.a. 2004). Tucker benadert het belang hiervan om tot 2^e orde leren te kunnen komen (Tucker e.a. 2003). Deze paragraaf gaat in op feedback tussen zorgverleners onderling in de dagelijkse praktijk. Hierbij zijn verschillende situaties denkbaar zoals elkaar aanspreken op onbedoelde gebeurtenissen, het bespreken van onbedoelde gebeurtenissen tijdens dagelijkse overlegsituaties bijvoorbeeld de visite en de overdracht en andere situaties zoals de koffiepauze.

Elkaar aanspreken over incidenten

Hoewel verpleegkundig respondenten aangeven dat op de afdeling ook voor de komst van VIM een open cultuur heerste, geven zij ook aan dat het elkaar aanspreken op dingen die niet goed gaan lastig blijft. Volgens eens van de respondenten zijn er verpleegkundigen die het wel goed kunnen. Maar het gebeurt niet altijd even goed. Twee respondenten geven aan dat het vanuit praktisch oogpunt wel eens lastig kan zijn dat veel verpleegkundigen parttime werken om het bespreekbaar te maken: “... om dan te denken van “he jij bent dat gisteravond om tien uur vergeten en wanneer ben je er dan weer”” (R3).

Elkaar aanspreken tussen verpleegkundigen en artsen voelt een aantal verpleegkundigen niet als een belemmering. In beide ziekenhuizen geven respondenten aan dit te doen. Uit de

interviews wordt niet goed duidelijk waarop men elkaar dan aanspreekt. Betreft het niet nagekomen afspraken of directe feedback op onbedoelde gebeurtenissen. Ook een van de arts respondenten geeft aan dat artsen en verpleegkundigen zich vrij voelen om elkaar aan te spreken. Een andere arts respondent weet niet of verpleegkundigen de artsen aanspreken op dingen, maar hoopt van wel als het zaken betreft die hen aangaan.

Het aanspreken van een medisch specialist door een arts-assistent ligt lastiger, omdat daar sprake is van een hiërarchische relatie. Een van de respondenten benoemde dat hij/zij ervan uit gaat dat specialisten vanuit zichzelf incidenten zullen melden.

Incidenten bespreken

Alle verpleegkundige respondenten geven aan regelmatig incidenten onderling te bespreken, bijvoorbeeld tijdens de koffie. Daarin lijkt met de komst van VIM meer openheid te zijn gekomen. Het gaat dan over een incidenten dat is gebeurd en niet over de persoon die dat is overkomen of die het incident heeft veroorzaakt.

Arts-assistenten en medisch specialisten lijken in mindere mate met elkaar over incidenten te praten. Een van de respondenten geeft aan wel met collega artsen te praten over incidenten, met name bij een groot incident is het prettig om je verhaal kwijt te kunnen. Een medisch specialist geeft aan dat er onderling niet vaak gesproken wordt over incidenten, maar wel bijvoorbeeld over klachten en hoe daar mee om te gaan. Dit komt dan in het wekelijks maatschapsoverleg aan bod. Men weet niet van elkaar of ze incidenten melden. Wel spreken de medisch specialisten van ziekenhuis 2 elkaar aan op zaken waar ze zelf andere ideeën over hebben.

In de dagelijkse overlegsituaties komen incidenten aan bod tijdens de overdracht of de visite. Daarin komen problemen naar voren, dingen die niet goed zijn gegaan en welke acties zijn ondernomen.

Hoewel op basis van de interviews geen uitspraken kunnen worden gedaan in welke mate er sprake is van een open cultuur op beide afdelingen, zijn er aanwijzingen dat er met name onder verpleegkundigen in de dagelijkse praktijk meer over incidenten gepraat wordt dan voordat VIM er was. In welke mate men elkaar daadwerkelijk aanspreekt op onveilig gedrag is lastig te bepalen op basis van de interviews, maar respondenten geven aan dat dit lastig blijft. Mogelijk dat met elkaar praten over incidenten zonder dat het gaat over wie daarbij betrokken waren veiliger voelt dan om iemand rechtstreeks aan te spreken op onveilig gedrag.

Samengevat

Feedback binnen VIM vindt plaats op drie niveaus: de melder, de afdeling en de organisatie. De afdelingscommissie geeft feedback aan de melder en aan de afdeling. De melder ontvangt een ontvangstbevestiging en een rapportage van de melding, waarin de melder op de hoogte wordt gesteld wat er met de melding is gebeurd en welke verbetermaatregelen in gang zijn gezet. De verpleegkundigen krijgen structurele terugkoppeling in het werkoverleg. In het werkoverleg wordt met name stilgestaan bij verbetermaatregelen. Artsen ontvangen geen structurele groepsgebonden mondelinge feedback, tenzij er direct actie van hen wordt verlangd. Afdelingsbrede terugkoppeling vindt plaats door middel van een nieuwsbrief die maar in één van de twee ziekenhuizen voor zowel de verpleegkundigen als de artsen is bedoeld. Op organisatieniveau stuurt de afdelingscommissie bepaalde incidenten door naar de MIP-commissie. De MIP-commissie koppelt de bevindingen over deze incidenten weer terug naar de afdelingscommissie.

In dagelijkse situaties komen incidenten aan bod tijdens overdracht en de visite.

Verpleegkundigen onderling praten meer over incidenten met de komst van VIM. Bij artsen lijkt dat niet het geval te zijn. De mate waarin men elkaar daadwerkelijk aanspreekt op onveilig gedrag is niet duidelijk.

4.3 Leren

Leren van incidenten is gericht op het inzetten van verbetermaatregelen (Cooke e.a. 2006). Hoe verloopt dat in de praktijk?

4.3.1 Wat is leren van incidenten en wie leert er

Op de vraag wat de respondent zich voorstelt bij het leren van incidenten, kwamen verschillende antwoorden naar voren. De antwoorden duiden op twee leereffecten: verbeteren van het zorgproces en bewustwording van risico's.

Een aantal respondenten benadrukt de insteek van verbeteren die centraal staat binnen VIM, namelijk op basis van oorzakenanalyse het inzetten van verbetermaatregelen.

Respondenten verwoordden het als volgt:

Het leren van incidenten is natuurlijk vooral of voornamelijk denk ik middels analyse en het proces bekijken waar het systeem gefaald heeft en waar wij als commissie zijnde als mensen ervoor kunnen zorgen dat het systeem de volgende keer niet faalt (R2).

... dat het leereffect moet zijn een verbetering zodanig dat het een volgende keer bijna niet meer voor kan komen. Ik vind wel zeg maar dat mensen maken fouten dat klopt, maar het leren moet zijn dat we het systeem zodanig inrichten dat we geen... dat we zeg maar gealarmeerd worden dat we een fout maken. (R9)

Andere respondenten benadrukken op de vraag over het leren van incidenten dat incidenten kunnen bijdragen aan bewustwording van risico's en verwoorden dat als volgt:

Wat ik er vooral van leer is dat je beleving totaal anders is dan het incident. Vaak denk je dat een bepaalde oorzaak de reden is waarom een incident gebeurd is. En als je dan gaat analyseren kom je erachter dat er hele andere redenen aan het incident ten grondslag liggen. (R1)

Soms kan je er wat van leren. En soms denk je van ja maar hier hadden we ook helemaal niets aan kunnen doen. ... Dat is zo incidenteel dan. Maar het is natuurlijk wel een stukje reflectie op je functioneren en het functioneren van je collega's en de hele afdeling. (R10)

... je onthoudt ook van andere mensen. Je hoeft het zelf niet gedaan te hebben, maar je maakt jezelf gewoon alerter. Je leert ervan dat je je kennis moet blijven houden dat je gewoon geconcentreerd bent bij de dingen waarop je geconcentreerd moet zijn. (R3)

De interviews geven geen duidelijk beeld of één van de leereffecten domineert bij een bepaalde groep respondenten. Beide leereffecten worden in de volgende subparagrafen nader uitgewerkt.

Zoals beschreven in hoofdstuk 2.3 beschrijft de literatuur verschillende niveaus van leren; individu, team/afdeling en organisatie (Department of Health 2000). De meeste respondenten zien het leren van incidenten als iets dat voor zowel het individu als het team en de organisatie is.

Op afdelingsniveau ziet een van respondenten het leren vooral als een multidisciplinaire aangelegenheid waarvan verpleegkundigen, medisch specialisten, artsen en apothekers kunnen leren. Een van de artsen is van mening dat het teamgevoel van belang is of een afdeling van incidenten kan leren. Als er geen teamgevoel is dan blijft het een individueel probleem. Verpleegkundigen voelen zich naar mening van deze respondent over het algemeen meer een team dan artsen. Een arts heeft zijn eigen patiënten, zit alleen met de patiënt in de spreekkamer.

Op het niveau van de organisatie benoemen respondenten zaken die duiden op het begrip *transferable learning*, leren van gelijksoortige incidenten (Department of Health 2000). Dit manifesteert zich met name in de zin dat afdelingen van elkaar kunnen leren. Een aantal respondenten geeft aan graag inzicht te hebben in verbetermaatregelen van andere afdelingen, bijvoorbeeld door het ontwikkelen van een centrale databank. Daaruit kan een afdeling verbetermaatregelen halen als er een incident is geweest of verbetermaatregelen om een dergelijk incident te voorkomen.

4.3.2 *Leren van incidenten: verbeteren van het zorgproces*

VIM beoogt door middel van analyse van incidenten te komen tot het inzetten van verbetermaatregelen. Dit vormt de laatste stap in de continue verbetercyclus (Cooke e.a. 2006). Met het daadwerkelijk implementeren van verbetermaatregelen kan gesproken worden over actief leren (Department of Health 2000). Beide afdelingen zetten naar aanleiding van incidenten verbetermaatregelen in en pakken dit als volgt aan.

In beide ziekenhuizen is het primair de afdelingscommissie die zich naar aanleiding van een incident over verbetermaatregelen buigt. In ziekenhuis 1 kan de melder overigens op het meldformulier ook suggesties doen voor verbetermaatregelen. Zoals uit de paragraaf over feedback bleek wordt een aantal verbetermaatregelen in het verpleegkundig overleg besproken.

Als het om kleine verbetermaatregelen gaat die meteen kunnen worden opgepakt, zoals een aftekenlijst voor opiaten, dan wordt het een afdelingsafspraken. De teamleider besluit uiteindelijk dat het een nieuwe afspraak is en brengt dat in het werkoverleg in. In het geval van grotere verbetermaatregelen, bijvoorbeeld een protocol, dan wordt dit in ziekenhuis 1 meestal gedelegeerd naar bestaande werkgroepjes en in ziekenhuis 2 naar de personen die dat onderwerp als aandachtsgebied hebben. Deze personen gaan er vervolgens mee aan de slag. Een lid van de afdelingscommissie bewaakt de voortgang van de werkgroep.

Drie verpleegkundig respondenten wijzen erop dat kleine verbeteracties over het algemeen goed worden opgepakt door de afdeling, maar dat bij grote verbeteracties een risico is dat de aandacht verslapt totdat er weer een melding over komt.

Bovenstaande is gebaseerd op hoe het bij de verpleegkundigen gaat. In ziekenhuis 2 heeft de arts respondent geen voorbeelden genoemd van verbetermaatregelen waar de artsen bij betrokken waren. Afdelingsoverstijgende verbetermaatregelen worden in de lijn aangekaart, bijvoorbeeld de teamleider die gaat praten met de teamleider van een andere afdeling.

Feedback over verbetermaatregelen is belangrijk. Om te bespreken, te informeren en te instrueren, maar lijkt ook een rol te spelen in de borging van verbetermaatregelen.

Respondenten geven aan dat er bepaalde meldingen c.q. incidenten zijn die zijn verbeterd en die niet meer terugkomen. Maar er zijn ook verbetermaatregelen die na verloop van tijd worden vergeten en incidenten komen dan om de zoveel tijd terug weer terug. Dit wordt weer teruggekoppeld in het werkoverleg ter herinnering of met de vraag waarom het niet werkt of waarom men het niet belangrijk vindt. Ook komt het in de nieuwsbrief en in de dagelijkse overleggen aan bod.

Een van de artsen geeft aan dat gezien het roulerende karakter van arts-assistenten er ongetwijfeld meldingen weer terugkomen omdat een nieuwe lichte niet van alle afspraken

op de hoogte is. De bedoeling is dat verbetermaatregelen op papier geborgd worden, maar het is niet duidelijk of dat elke vier maanden gebeurt.

4.3.3 Leren van incidenten: bewustwording van risico's

Twee van de verpleegkundig respondenten geven aan dat VIM bijdraagt aan de bewustwording dat zij gedurende een zorgproces veel aannames doen en vaak handelen op de automatische piloot. Dit brengt risico's op onveilige situaties met zich mee, bijvoorbeeld de aanname dat collega's vragen hebben gesteld aan de patiënt of dingen hebben opgeschreven. Als voorbeeld hiervan noemt een respondent een patiënt die verkeerde antibiotica heeft gekregen in verband met een allergie. Uit de analyse bleek dat verschillende mensen in het proces aannamen dat iemand anders aan de patiënt zou hebben gevraagd of hij of zij ergens overgevoelig voor was. Dat bleek niet het geval te zijn, terwijl er in de anamnese een vraag opgenomen is over allergie van de patiënt. Respondenten concluderen hieruit onder meer dat zorgverleners alert moeten zijn zoals blijkt uit het volgende citaat:

Dus vaak dat je ook op vertrouwen van collega's... is ook heel goed, je moet ook op vertrouwen van je collega's bouwen... maar dat je soms heel even teruggrijpt van hoe zit het nou precies. Niet altijd maar klakkeloos van zo nou mijn collega heeft gedaan dus het is gewoon goed. In principe is het ook altijd goed, maar toch even een checkpunt erin zetten. (R10)

Het schrik-effect dat een incident heeft op de betrokken zorgverlener, maar ook op diens collega's helpt ook bij de bewustwording dat alertheid geboden is. Een van de respondenten verwoordt dit als volgt:

Als de ander iets gebeurt dan schrik je en denk je dat had mij ook kunnen overkomen. En dan ja dan is iedereen weer een beetje meer bewust ervan. Er hoeft maar iets bijna mis te gaan en dan denk je van: "o ja het zou mij ook kunnen overkomen". ... maar je denkt: "ik moet gewoon altijd alert zijn". (R3)

Drie respondenten geven aan dat het incident melden ook bijdraagt aan meer bewust zijn van de handelingen die je doet en de risico's die daaraan vast zitten.

Ja ik heb wel het idee dat ik nu anders naar de handelingen kijk die ik doe of deed. ... Normaal gesproken doe je dingen automatisch maar nu heb je wel meer dat je bij sommige dingen stilstaat van oke doe ik het eigenlijk wel goed zoals ik het nu doe (R2).

Deze respondent heeft het gevoel dat dit ook voor collega's geldt, met name de personen die zich betrokken voelen bij VIM. Naast VIM zorgen ook cursisten en stagiaires voor een zekere mate van bewustwording ten aanzien van hoe men dingen uitvoert, omdat zij soms met andere dingen van school komen.

Bewustwording betekent voor een aantal respondenten dat je voor sommige dingen de tijd moet nemen en niet overhaast te werk gaat.

Ter illustratie:

In de avonddienst staat een pomp... en er hangt wat aan, kijk je ook daadwerkelijk van ik had ook bedacht die pomp moet op stand 85, ik had ook bedacht er hangt zoveel aan, is het wel voor die patiënt... hoe controleer je als je komt? Want er zijn mensen die denken van nou het zal wel kloppen. En een ander die denkt ik ben nu verantwoordelijk nu gaat mijn dienst in, ik ga alles precies nalopen en kijken van snap ik alles, klopt alles. Dat is een heel andere manier van werken (R3).

Op basis van de interviews is niet goed te duiden wat nu precies tot bewustwording aan zet; het doen van een melding, het uitvoeren van een analyse en/of het geven van feedback.

Samengevat

Het leren zoals de respondenten dit zien kan worden ingedeeld in 2 leereffecten: verbeteren van het zorgproces en bewustwording van risico's. Verbeteren is erop gericht om door middel van analyse van een incident verbetermaatregelen in te zetten om herhaling te voorkomen. Bewustwording houdt in dat respondenten aangeven zich met de komst van VIM meer bewust te zijn van de risico's op onveilige situaties in een proces die ontstaan doordat in het individuele handelen veel geleund wordt op aannames en zorgverleners soms onvoldoende alert zijn.

“U hoort van ons”, de rol van feedback op het leren van incidenten

Hoofdstuk 5 Conclusie, discussie, en aanbevelingen

Rond de toegenomen aandacht voor patiëntveiligheid in de Nederlandse gezondheidszorg is in ziekenhuizen onder meer het Veilig Incident Melden (VIM) in opkomst. In dit onderzoek is de rol van feedback en het leren van incidenten binnen VIM nader verkend. De probleemstelling van het onderzoek luidde:

Hoe is het geven van feedback vormgegeven binnen VIM op afdelingen in ziekenhuizen, welke ervaringen zijn er binnen VIM met feedback en welke bijdrage levert VIM aan het leren van incidenten?

In de volgende paragrafen wordt aan de hand van een kritische reflectie op de resultaten van het onderzoek de probleemstelling beantwoord.

5.1 Conclusie en discussie

5.1.1 Feedback en VIM

Zoals in het theoretisch kader is beschreven is feedback een belangrijke succesfactor van meldsystemen (Leape 2002). Het succes van leren van incidenten is namelijk afhankelijk van de melding van nieuwe incidenten, die geanalyseerd kunnen worden. Feedback is belangrijk om de melders langdurig te motiveren incidenten te blijven melden (Braithwaite e.a. 2006; Gandhi e.a. 2005; Legemaate e.a. 2006). Feedback kan bovendien dienen als een educatief instrument dat aanmoedigt om na te denken over veiligheid en bijdragen aan begrip hoe factoren kunnen leiden tot incidenten (Amoore e.a. 2002). Bovendien kan feedback een rol spelen in het stimuleren van een open cultuur (Gandhi e.a. 2005). Tot slot speelt feedback een rol bij het invoeren van verbetermaatregelen (ibid). Net als leren kan feedback op verschillende niveaus plaatsvinden: op individueel, afdelings- en organisatieniveau. Deze niveaus van feedback hangen samen met hun specifieke doelgroep: follow-up naar de melder en terugkoppeling naar een bredere doelgroep over de maatregelen die worden of zijn genomen (ibid).

Uit het onderzoek blijkt dat er binnen VIM op drie niveaus feedback wordt gegeven: de melder, de afdeling, de organisatie. Daarbij is sprake van een combinatie van passieve (informerend karakter) en actieve (verlangt actie van de ontvanger) feedback (Mugford e.a. 1991). De melder ontvangt een ontvangstbevestiging en een rapportage waarin de melder op de hoogte wordt gesteld wat er met de melding is gebeurd en welke verbetermaatregelen getroffen zijn en/of zullen worden. Op afdelingsniveau ontvangen de verpleegkundigen

structureel groepsgewijze feedback in het werkoverleg. In het werkoverleg komen het aantal meldingen, het soort meldingen (vallen, medicatie, etc.) en verbetermaatregelen aan de orde. Verbetermaatregelen worden in het overleg toegelicht, maar ook met elkaar besproken. Artsen ontvangen geen structurele groepsgewijze mondelinge feedback, alleen als er directe actie van hen wordt verlangd. Afdelingsbreed is er daarnaast in één van de ziekenhuizen eens per kwartaal een nieuwsbrief die ingaat op het aantal meldingen, de top vijf meldingen, verbeteracties en het uitschrijven van een incident.

Op organisatieniveau stuurt de afdelingscommissie meldingen met een ernstig karakter, afdelingsoverstijgend karakter en meldingen waarvan andere afdelingen kunnen leren door naar de MIP-commissie. De MIP-commissie beoordeelt deze meldingen en koppelt dat terug naar de afdeling.

5.1.2 Leren en VIM

Leren vindt plaats op verschillende niveaus in een organisatie: individu, team en organisatie (Dean 2002; Department of Health 2000). Leren van incidenten is erop gericht om op basis van analyse oorzaken te achterhalen en verbetermaatregelen in te zetten om herhaling te voorkomen (Cooke e.a. 2006; Pronovost e.a. 2006). Dit wordt aangeduid als 2^e orde leren c.q. *double loop* leren (Argyris 1991; Tucker e.a. 2003). Dit in tegenstelling tot 1^e orde leren c.q. *single loop* leren waarbij problemen worden opgelost daar waar ze plaatsvinden, zonder dat er naar de oorzaken wordt gekeken (ibid). Uit de opzet en doelen van VIM, die gericht zijn op het analyseren van incidenten om herhaling te voorkomen, kan geconcludeerd worden dat VIM is ingericht op 2^e orde leren.

Echter in de literatuur zijn sociale en technische barrières beschreven die het identificeren, het melden en het analyseren van incidenten belemmeren, waardoor 2^e orde leren veelal niet plaatsvindt (Cannon e.a. 2005). Hoewel dit onderzoek niet primair is gericht op het onderzoeken van deze barrières, kan uit de opzet van VIM in het draaiboek en de bevindingen uit de praktijk geconcludeerd worden dat VIM probeert aan te grijpen op deze barrières. Voor het doorbreken van de sociale barrières is een open cultuur en een team georiënteerde leerinfrastructuur noodzakelijk (Edmondson 2004). VIM beoogt een impuls te geven aan het creëren van een omgeving waarin medewerkers zich veilig en vrij voelen om te praten over dingen die misgingen en onbedoelde gebeurtenissen vrijwillig te melden (Evers e.a. 2004). Uit dit onderzoek blijkt dat de komst van VIM het aantal meldingen fors doet stijgen. Bovendien suggereren de data dat medewerkers zich vrij voelen om over incidenten te praten, alhoewel dat onder artsen minder lijkt te gebeuren. De aanpak van VIM, waarbij de betrokkenheid van de professional centraal staat en een afdelingscommissie incidenten analyseert en verbetermaatregelen inzet, is een infrastructuur gericht op de

afdeling c.q. het team. Ten aanzien van de technische barrières gaat het vooral over vaardigheden en kennis met betrekking tot analyse van incidenten (Cannon e.a. 2005). Binnen VIM wordt de afdelingscommissie geschoold op het gebied van analysemethodieken.

Het leren van incidenten binnen VIM leidt tot twee leereffecten: verbeteren van het zorgproces en bewustwording van risico's. Beide effecten doen zich voor. Beide leereffecten passen binnen 2^e orde leren, omdat het verdergaat dan alleen een *quick fix* (1^e orde leren). Verbeteren is erop gericht om door middel van analyse van een incident zicht te krijgen waar het systeem heeft gefaald en welke verbetermaatregelen op de afdeling ingezet kunnen worden om herhaling te voorkomen. Het is 2^e orde leren op teamniveau. Van alle medewerkers waar de verbetermaatregel betrekking op heeft wordt verwacht dat zij deze uitvoeren.

Bewustwording houdt in dat zorgverleners zich met de komst van VIM meer bewust kunnen worden van de risico's op onveilige situaties in een zorgproces, die ontstaan doordat in het individuele handelen te veel wordt uitgegaan van aannames in het proces en onvoldoende alertheid. Het is 2^e orde leren op individueel niveau. Daarvoor is het niet nodig dat een incident iemand zelf moet zijn overkomen. De analyse van een incident van een ander geeft deze inzichten ook.

5.1.3 Discussie

Feedback en meldingsbereidheid

De introductie van VIM op de afdeling heeft een sterke stijging in het aantal meldingen teweeg gebracht. De meldingsbereidheid van artsen en verpleegkundigen lijkt onder meer beïnvloed te worden door de verwachting dat er ook iets gebeurt met de melding. De in dit onderzoek geïnterviewde artsen maken een expliciete kosten-baten afweging om iets wel of niet te melden. Het melden van een incident moet iets opleveren, anders is het de investering niet waard. Daarnaast speelt ook de beleving van wat een incident is een rol. Dit lijkt voor artsen anders te liggen dan voor verpleegkundigen. Verpleegkundigen melden “alles wat niet de bedoeling was”, inclusief kleine procesafwijkingen zoals medicatie die een half uur te laat is gegeven. Voor artsen is een incident een gebeurtenis waarvan zij inschatten dat er een structureel probleem aan ten grondslag ligt. Deze insteek vormt een barrière om als afdeling zicht te krijgen op alle onbedoelde gebeurtenissen waarvan geleerd kan worden. Zoals uit een van de interviews blijkt kan op voorhand niet altijd worden ingeschat of aan een incident wel of niet een structureel probleem ten grondslag ligt. Een incident dat op het eerste gezicht incidenteel lijkt, zoals het voorbeeld van het alarmkoordje,

blijkt later een ziekenhuisbreed probleem te zijn. Als niet alles wordt gemeld waarvan geleerd kan worden is het leerrendement niet optimaal.

Voor feedback ligt een belangrijke rol weggelegd in het hoog houden van de motivatie om te melden (Braithwaite e.a. 2006; Gandhi e.a. 2005; Legemaate e.a. 2006). Binnen VIM zorgt de terugkoppeling naar de melder ervoor dat zorgverleners weten wat er met hun melding gebeurt. Bovendien blijken het werkoverleg en de nieuwsbrief bij de verpleegkundigen aan te moedigen om weer te gaan melden. Daarnaast kan feedback als een educatief instrument worden gebruikt om het begrip te vergroten hoe factoren tot incidenten kunnen leiden (Amoore e.a. 2002). Binnen VIM zou dit bijvoorbeeld medewerkers, met name artsen, meer bewust kunnen maken dat bij een aantal incidenten die op het eerste gezicht incidenteel lijken er toch sprake is een structureel probleem. Dit vraagt om structurele feedback naar artsen, die nu niet wordt gegeven (behalve de nieuwsbrief in één van de ziekenhuizen) en om feedback die als educatief instrument kan dienen (het gaat nu vooral over verbetermaatregelen).

Een ander punt bij het meldgedrag is dat het waarschijnlijk beïnvloedt wordt door het feit dat VIM als een project start op een afdeling. Bij de start van een project zijn mensen over het algemeen enthousiast om te participeren, zeker als zij de waarde inzien van het project. Na een bepaalde tijd komt er een overgang van projectstatus naar inbedding in het dagelijkse werk. Hoe het meldgedrag zich in de toekomst ontwikkelt is niet duidelijk. Opvallend is dat in ziekenhuis 1, inmiddels twee jaar bezig met VIM, het aantal meldingen na de eerste periode is afgenomen. Hier zijn verschillende verklaringen mogelijk. Een verklaring voor een daling van het aantal meldingen is dat er in de loop van de tijd een flink aantal verbetermaatregelen zijn ingevoerd en op dat gebied zich geen incidenten meer voordoen. Dit lijkt met name het geval te zijn voor incidenten die te maken hebben met veiligheid van het gebouw, zoals alarmkoordjes die niet werken en drempels die te hoog zijn. Verder is het in ziekenhuis 1 zo dat na de eerste periode waarin alles werd gemeld ook afspraken werden gemaakt over wat wel en niet te melden, bijvoorbeeld als er al verbeteracties in ontwikkeling zijn of om bepaalde procesafwijkingen niet meer te melden, bijvoorbeeld als de patiënt de medicatie een half uur te laat heeft gekregen.

Analyse

Het valt op dat veel van de incidenten die in aanmerking komen om geanalyseerd te worden, de analyse niet helemaal volgens de methodiek wordt uitgevoerd. Bij ernstige incidenten is dat wel het geval. Voornaamste reden is dat een volledige analyse een tijdrovende klus is. Bovendien is het naar mening van de respondenten voor sommige incidenten al vrij snel duidelijk welke verbetermaatregelen ingezet kunnen worden. Uit de interviews is niet goed

op te maken wat de minder uitgebreide analyse precies inhoudt. Het is er in ieder geval op gericht om verbetermaatregelen te kunnen benoemen. De vraag is wel of met een minder uitgebreide analyse echt tot de oorzaken van een incident kan worden doorgedrongen en de juiste verbetermaatregelen worden ingezet om herhaling te voorkomen. Als voorbeeld werd in een van de interviews genoemd dat het niet nodig is om voor het ophangen van een aftekenlijst voor opiaten een volledige analyse uit te voeren. De vraag is dan wel of zo'n aftekenlijst een verbetering in het proces aanbrengt c.q. een goede barrière inbouwt om herhaling van het incidenten dat daaraan ten grondslag ligt te voorkomen. Om de technische barrière tot 2^e orde leren te doorbreken is systematische analyse noodzakelijk om oppervlakkige oplossingen te voorkomen (Cannon e.a. 2005; Department of Health 2000). Daarnaast kan het leerzaam zijn om een volledige analyse te doen en bijvoorbeeld inzicht te krijgen dat kleine incidenten grote consequenties kunnen hebben (Cannon e.a. 2005). Het doen van een analyse speelt daarom mogelijk een rol in het leereffect bewustwording van risico's.

Feedback naar de afdeling

De uitkomsten van de interviews suggereren dat de afdelingscommissie bij de start van VIM niet systematisch heeft stil gestaan bij het vormgeven van de feedback binnen VIM. Het geven van feedback naar de melder is gerealiseerd, hoewel dat in ziekenhuis 2 nog niet structureel bij elke melding lijkt te gebeuren.

Voor het geven van feedback naar de afdeling maakt de afdelingscommissie gebruik van de bestaande overlegstructuren op de afdeling, zoals het verpleegkundig werkoverleg. Voor schriftelijke feedback wordt de traditionele vorm van een nieuwsbrief gekozen. De consequentie is dat de mondelinge groepsgewijze feedback monodisciplinair wordt aangepakt, terwijl de opzet van VIM met nadruk een multidisciplinair karakter heeft. Dit betekent dat er geen structurele bijeenkomst is waarin artsen en verpleegkundigen samen incidenten bespreken, afgezien van de afdelingscommissie en de dagelijkse overlegstructuren zoals de visite en de overdracht. Echter, tijdens de dagelijkse overlegmomenten komen alleen problemen naar voren die op dat moment spelen. Opvallend is verder het ontbreken van structurele mondelinge groepsgewijze feedback aan artsen. Een dergelijke terugkoppeling naar medisch specialisten en arts-assistenten vindt in beide ziekenhuizen niet plaats, hoewel dat voor de medisch specialisten in ziekenhuis 2 niet met zekerheid is te zeggen op basis van dit onderzoek. Bovendien is maar in één van de ziekenhuizen de nieuwsbrief bestemd voor zowel de verpleegkundigen als de artsen. Waarom er geen structurele feedback wordt gegeven is niet precies duidelijk. De medisch specialist van de afdelingscommissie lijkt de aangewezen persoon om zaken terug te koppelen naar de directe collega's. In ziekenhuis 2 zit er in de afdelingscommissie geen

medisch specialist van de afdeling waar dit onderzoek heeft plaatsgevonden, wel een specialist van de andere afdeling waarmee samen een afdelingscommissie wordt gevormd. In ziekenhuis 1 lijkt er vooral een lacune te zitten in structurele feedback naar arts-assistenten. Hier is het knelpunt dat de arts-assistenten geen structureel overlegmoment hebben met elkaar. Vanwege het ontbreken van structurele feedback leren artsen waarschijnlijk voornamelijk van eigen fouten en niet van die van anderen, tenzij uit incidenten van anderen een verbetermaatregel komt die voor alle artsen geldt.

Feedback en leren

Feedback is nodig om te kunnen leren (van Dijk 2006). De feedback van de afdelingscommissie is vooral gericht op kwantitatieve informatie zoals aantallen meldingen en is gericht op verbetermaatregelen. De feedback naar de melder informeert de melder welke verbetermaatregelen er worden of zijn getroffen en stelt de melder op individueel niveau in staat om te leren. Feedback naar de afdeling is noodzakelijk om als afdeling te leren. Voor het invoeren van verbetermaatregelen moeten de medewerkers op de afdeling geïnformeerd en geïnstrueerd worden over de verbetermaatregelen (Gandhi e.a. 2005). Geconcludeerd kan worden dat het invoeren van verbetermaatregelen binnen VIM niet altijd vanzelf gaat. Wat betreft de borging van maatregelen komt het geregeld voor dat afspraken na verloop van tijd vergeten worden en dat incidenten zich weer voordoen. Hier lijkt een rol voor feedback weggelegd. Omdat feedback binnen VIM nu vooral gericht is op het communiceren en het bespreken van verbetermaatregelen zien zorgverleners mogelijk ook niet altijd het nut in van bepaalde verbetermaatregelen. Inzicht in de oorzakenanalyse van een incident kan mogelijk bijdragen aan bewustwording waarom verbetermaatregelen noodzakelijk zijn om herhaling te voorkomen.

De rol van feedback in het leereffect bewustwording is niet goed te duiden op basis van dit onderzoek. Feedback kan daarin een rol spelen (Amoore e.a. 2002). Maar feedback binnen VIM lijkt daarop niet toegesneden. Bovendien is het niet duidelijk wat precies tot bewustwording aanzet. Speelt de komst van VIM en daarmee de toegenomen aandacht voor veiligheid op de afdeling daarin een rol? Vergroot het doen van een melding bewustwording? Aannemelijk is dat het uitvoeren van analyses en een direct betrokkenheid bij VIM als lid van de afdelingscommissie bewustwording vergroten. Zo zal pas door het proces achter het incident te analyseren duidelijk worden dat er aannames waren in het proces of dat dingen op de automatische piloot zijn gegaan. Feedback kan die inzichten mogelijk ook bieden, zowel de feedback naar de melder als de groepsgewijze feedback.

Eindconclusie

Feedback binnen VIM wordt op drie niveaus gegeven: de melder, de afdeling en de organisatie. Voor groepsgewijze feedback aan de afdeling wordt gebruik gemaakt van bestaande overlegstructuren waardoor feedback monodisciplinair wordt gegeven. Artsen vallen daarbij buiten de boot en krijgen geen structurele groepsgewijze mondelinge feedback. Het leren van VIM kan worden getypeerd aan de hand van twee leereffecten: verbeteren van het zorgproces op afdelingsniveau door het invoeren van verbetermaatregelen en bewustwording van risico's in het handelen op individueel niveau.

Geconcludeerd kan worden dat VIM is ingericht om 2^e orde leren te bevorderen. Het verder optimaliseren van de feedbackloop naar alle zorgprofessionals op de afdeling kan het leerpotentieel en het leerrendement op individueel en afdelingsniveau mogelijk verder verhogen.

5.2 Beperkingen van de studie

5.2.1 Onderzoekspopulatie

Het aantal respondenten binnen dit onderzoek is beperkt (10). Daarbinnen is slechts een zeer beperkt aantal artsen bevraagd die werkzaam zijn op de afdelingen waar het onderzoek plaatsvond namelijk één arts-assistent uit het ene ziekenhuis en een medisch specialist uit het andere ziekenhuis. Daarom is terughoudendheid geboden met betrekking tot de conclusies over artsen.

5.2.2 Selectiebias

Ziekenhuizen die participeren in SBp3 zijn voorloperziekenhuizen als het gaat om werken aan kwaliteitsverbetering. Binnen deze ziekenhuizen zijn de afdelingen die met VIM zijn gestart mogelijk voorloperafdelingen ten opzichte van andere afdelingen. Dit werd gedurende de interviews bijvoorbeeld duidelijk doordat respondenten benadrukten dat er ook voor de komst van VIM als sprake was van een open cultuur en dat zij zich konden voorstellen dat dat niet op alle afdelingen in het ziekenhuis het geval was. Het uitgangspunt bij de selectie van respondenten was dat zij ervaring hadden met het melden van incidenten, zodat zij zich een beeld konden vormen van de feedback en het leren. Op één na zijn dan ook alle respondenten direct betrokken bij VIM, bijvoorbeeld als lid van de afdelingscommissie. Kortom, de respondenten vormden als het ware de voorlopers van Nederland. Dit roept

zeker vragen op in welke mate andere medewerkers op deze afdelingen, die niet direct betrokken zijn bij VIM, zich herkennen in de resultaten.

5.2.3 Leeromgeving

Binnen dit onderzoek is met name de leeromgeving op de afdeling verkend. De leeromgeving op instellingsniveau moet zich met de komst van VIM verder uitkristalliseren. De ziekenhuizen zijn zoekende naar de nieuwe rol van de MIP-commissie. Dit kan pas definitieve vorm krijgen als alle afdelingen in een instelling VIM hebben ingevoerd. Interessant is dan om na te gaan hoe afdelingen binnen een instelling van elkaar kunnen leren en welke rol de MIP-commissie daarin kan en wil vervullen. In ieder geval zou een aantal respondenten graag een centrale database hebben met verbetermaatregelen.

Gedurende de projectfase van VIM is op het niveau van het programma Sneller Beter pijler 3 ook sprake van een leeromgeving, bijvoorbeeld de projectleidersbijeenkomsten waar de afdelingen een aantal keer gedurende het programma bij elkaar komen om ervaringen te delen. Deze leeromgeving is in dit onderzoek niet meegenomen, maar het kan interessant zijn om na te gaan of een dergelijke leeromgeving binnen landelijke kwaliteitsverbeterprogramma's meerwaarde heeft. Welke feedback geven zij elkaar? Leren afdelingen ook van andere afdelingen uit andere ziekenhuizen?

5.3 Toekomst VIM

Decentraal melden zal geen vrijblijvende zaak blijven. Onlangs is de Nederlands Technische Afspraak (NTA) uitgebracht. De NTA beschrijft de basiseisen voor het veiligheidsmanagementsysteem dat instellingen per 2008 moeten invoeren (NEN 2007). Het melden en analyseren van incidenten is één van de bouwstenen van het veiligheidsmanagementsysteem. In de NTA staat vermeld dat het melden van incidenten op afdelingsniveau dient te gebeuren. Dit betekent dat decentraal melden zich verder zal uitbreiden in de Nederlandse gezondheidszorg. De borging van VIM op de voorloperafdelingen is echter nog geen uitgemaakte zaak. In hoeverre VIM op deze afdelingen onderdeel van het dagelijkse werk zal worden is nog te vroeg om vast te kunnen stellen. Dat lijkt in beide ziekenhuizen nog niet helemaal het geval te zijn. Afgezien van de bevinding dat de ene respondent het nog ziet als een project en een ander het al een onderdeel van het werk vindt, zullen vooral een aantal randvoorwaarden een rol spelen om VIM echt ingebed te krijgen. In beide ziekenhuizen benadrukken de leden van de afdelingscommissies de tijdsinvestering die het kost om VIM op de afdeling te laten draaien.

Daarnaast is een goede informatievoorziening noodzakelijk, zoals een goede database. VIM kost dus tijd en geld en de organisatie zal daarin moeten voorzien om van VIM een blijvend succes te maken.

5.4 Aanbevelingen

Op basis van de resultaten van het onderzoek worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- Denk bewust na over het geven van feedback binnen alle stappen van VIM en maak daarbij onder meer onderscheid in de melder, de afdeling en de organisatie;
- Zorg voor structurele feedback over incidenten naar alle disciplines op de afdeling, inclusief arts-assistenten en medisch specialisten;
- Zorg voor multidisciplinaire mondelinge feedback, bijvoorbeeld eens per week een korte bijeenkomst waarin met elkaar (artsen en verpleegkundigen) een incident wordt besproken;
- Zet het incident melden als vast punt op de agenda van de monodisciplinaire bijeenkomsten, zoals het verpleegkundig werkoverleg en het maatschapsoverleg;
- Zorg voor een roulerende plek in de afdelingscommissie en wissel de samenstelling van de commissie met enige regelmaat, bijvoorbeeld elk jaar twee leden vervangen. Daarmee krijgen ook anderen de kans om deel te nemen aan analyses van incidenten;
- Ontwikkel een centrale database met verbetermaatregelen die een stimulerende rol kan spelen voor afdelingen om te leren van elkaar;
- Maak werkende wijs goede afspraken met de MIP-commissie over de relatie tussen de MIP-commissie en de afdelingscommissie. Maak daarbij goede afspraken over de feedback over en weer.

“U hoort van ons”, de rol van feedback op het leren van incidenten

Referenties

- Amoore, J., & P. Ingram. 2002. Learning from adverse incidents involving medical devices. *British Medical Journal* 325:272-275.
- Argyris, C. 1991. Teaching smart people to learn. *Harv Bus Rev* May/June:99-109.
- Braithwaite, J., M. T. Westbrook, N. A. Mallock, J. F. Travaglia, & R. A. Iedema. 2006. Experiences of health professionals who conducted root cause analyses after undergoing a safety improvement programme. *Qual Saf Health Care* 15 (6):393-9.
- Cannon, M.D., & A.C. Edmondson. 2005. Failing to Learn and Learning to Fail (Intelligently): How Great Organizations Put Failure to Work to Innovate and Improve. *Long Range Planning* 38:299-319.
- Cooke, D.L., & Rohleder. T.R. 2006. Learning from incidents: from normal accidents to high reliability. *System Dynamics Review* 22 (3):213-239.
- de Bekker, J.M.A.H.M.J., & H.J. van der Steeg. 2004. Een som van misverstanden. *Medisch Contact* 59 (44):1744-1747.
- de Bekker, J.M.A.H.M.J., & F.C.B. van Wijmen. 2005. Leren van incidenten. *Medisch Contact* 60 (19):800-802.
- de Bruijne, M.C., M. Zegers, L.H.F. Hoonhout, & C. Wagner. 2007. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Amsterdam/Utrecht: EMGO Instituut/NIVEL.
- Dean, B. 2002. Learning from prescribing errors. *Qual Saf Health Care* 11 (3):258-60.
- Department of Health. 2000. An Organization with a Memory: A Report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS. London: National Health Service.
- Edmondson, A.C. 2004. Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. *Quality and Safety in Health Care* 13:3-9.
- Evers, A., M. Kallewaard, M.M. Kroeze, S.M. Smorenburg, & M. Stadlander. 2004. Draaiboek Veilig Incident Melden Sneller Beter Pijler 3.
- Fischer, M. A., K. M. Mazor, J. Baril, E. Alper, D. DeMarco, & M. Pugnaire. 2006. Learning from mistakes. Factors that influence how students and residents learn from medical errors. *J Gen Intern Med* 21 (5):419-23.
- Gandhi, T. K., E. Graydon-Baker, C. N. Huber, A. D. Whittemore, & M. Gustafson. 2005. Closing the loop: follow-up and feedback in a patient safety program. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 31 (11):614-21.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. 2004. Staat van de gezondheidszorg 2004. Patiëntveiligheid: de toepassing van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen in zorginstellingen en thuis. Den Haag: IGZ.
- Institute of Medicine. 1999. *To err is human: building a safer health system*. Washington DC: The National Academies Press.

Jamtvedt, G. , J.M. Young, D.T. Kristoffersen, M.A. O'Brien, & A.D. Oxman. 2006a. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2).

Jamtvedt, G. , J.M. Young, D.T. Kristoffersen, M.A. O'Brien, & A.D. Oxman. 2006b. Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback. *Qual Saf Health Care* 15 (6):433-436.

Joustra, A.C., A. Molendijk, & M.M. Kroeze. 2006. Veilig Incident Melden (VIM). In *Praktijkboek patiëntveiligheid*, edited by J. J. E. van Everdingen, S. M. Smorenburg, W. Schellekens, A. Molendijk, J. Kievit, W. H. van Harten and A. J. Mintjes-de Groot. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Leape, L. L. 2002. Reporting of Adverse Events. *New England Journal of Medicine* 347:1633.

Legemaate, J., I Christiaans-Dingelhoff, R.M.S. Doppegieter, & R.P. Roode de. 2006. Melden van incidenten in de gezondheidszorg. Utrecht: KNMG.

McIntyre, N., & K. Popper. 1983. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. *British Medical Journal* 287:1919-1923.

Ministerie van VWS. 2005. brief IBE/I-25544689 Standpunt op het rapport Staat van de Gezondheidszorg 2004, edited by M. v. VWS.

Molendijk, A., K. Borst, & R. van Dolder. 2003. Vergissen is menselijk. *Medisch Contact* 58 (43):1658-1661.

Mugford, M., P. Banfield, & M. O'Hanlon. 1991. Effects of feedback of information on clinical practice: a review *British Medical Journal* 303:398-402.

NEN. 2007. NTA 8009:2007 Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen. Delft: Nederlands Normalisatie-instituut.

Pronovost, P. J., D. A. Thompson, C. G. Holzmueller, L. H. Lubomski, T. Dorman, F. Dickman, M. Fahey, D. M. Steinwachs, L. Engineer, J. B. Sexton, A. W. Wu, & L. L. Morlock. 2006. Toward learning from patient safety reporting systems. *J Crit Care* 21 (4):305-315.

Raad voor Gezondheidsonderzoek. 2005. Advies Onderzoek Patiëntveiligheid. Den Haag.

Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO). 2005. Advies Onderzoek Patiëntveiligheid. Den Haag: RGO.

Schellekens, W.M.L.C.M., & G.H. Blijham. 2003. Deltaplan voor een verborgen probleem. *Medisch Contact* 58 (10):387-390.

Sneller Beter. 2007. 'Sneller Beter werkt! Een veiliger ziekenhuis voor de patiënt'. Den Haag: Consortium Sneller Beter pijler 3.

Swieringa, J., & A.F.M. Wierdsma. 1990a. Over het leren van organisaties. In *Op weg naar een lerende organisatie*, edited by J. Swieringa and A. F. M. Wierdsma. Groningen: Wolters-Noordhoff bv.

Tucker, A.L., A.C. Edmondson, & S. Spear. 2002. When problem solving prevents organisational learning. *Journal of Organizational Change* 15 (2):122-137.

Tucker, Anita L., & Amy Edmondson. 2003. Why hospitals don't learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit systems change. *California Management Review* 45 (2):55-72.

van der Sande, R., A.J. Mintjes-de Groot, & W.H. van Harten. 2006. Patiëntveiligheid in internationaal perspectief. In *Praktijkboek patiëntveiligheid*, edited by J. J. E. van Everdingen, S. M. Smorenburg, W. Schellekens, J. Kievit, W. H. van Harten and A. J. Mintjes-de Groot. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

van der Veeke, I., B. Heemskerk, M. Stadlander, H. Tijink, & M. Houtsma. 2006. Draaiboek Veilig Incident Melden Project Veiligheidsmanagement 'Bouwen aan Veiligheid in de Zorg'. Utrecht: NVZ, OMS, LEVV.

van der Weijden, T., R. Winkens, & R. Grol. 2001. Feedback and reminders. In *Implementatie: Effectieve verandering in de patiëntenzorg*, edited by R. Grol and M. Wensing. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

van Dijk, A. 2006. Feedback and presentation of outcomes. In *Performance Management in Health Care*, edited by J. Walburg, H. Bevan, J. Wilderspin and K. Lemmens. Abingdon: Routledge.

Wagner, C., & V. Struben. 2007. De Patiëntveiligheidscultuur in ziekenhuizen. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* 5:34-37.

———. 2007. Op weg naar het veiligheidsmanagementsysteem: een tussenstand. Den Haag / Utrecht: ZonMw / NIVEL.

Wagner, C., & G. van der Wal. 2005. Voor een goed begrip: bevordering patiëntveiligheid vraagt om heldere definities. *Medisch Contact* 60:1888-1891.

Walburg, J. 2006a. The learning organisation in the health care sector. In *Performance Management in Health Care*, edited by J. Walburg, H. Bevan, J. Wilderspin and K. Lemmens. Abingdon: Routledge.

Willems, R. 2004. Hier werk je veilig, of je werkt hier niet. In *Sneller Beter - de veiligheid in de zorg*. Den Haag: Ministerie van VWS.

Wu, A. W., S. Folkman, S. J. McPhee, & B. Lo. 1991. Do house officers learn from their mistakes? *Jama* 265 (16):2089-94.

“U hoort van ons”, de rol van feedback op het leren van incidenten

Bijlagen

Bijlage 1 Topiclijst interviews

VIM

- Kunt u eens beschrijven hoe het incident melden hier op de afdeling gaat?
- Wat zijn voor u redenen om een incident te melden? Wanneer meldt u iets wel en wanneer niet?
- Leeft het VIM bij de medewerkers op de afdeling? Waaraan merkt u dat?

Feedback

- Op welke manier vindt terugkoppeling plaats binnen de stappen van het incident melden (boodschapper, ontvanger, vorm/methode, intensiteit/timing, inhoud)?
- Wat vindt u van de manier waarop teruggekoppeld wordt?
- Worden incidenten in de dagelijkse werksituaties besproken? Zo ja, op welke momenten en wat wordt er dan besproken?
- Spreken collega's elkaar aan op onbedoelde gebeurtenissen?

Leren

- Wat stelt u zich voor bij het leren van incidenten? Wat is naar uw mening het doel van het leren van incidenten?
- Wie leert er van incidenten? (individu, team, organisatie, combinatie)
- Hoe beïnvloedt feedback het leren van incidenten?
- Hoe wordt het invoeren van verbetermaatregelen aangepakt?
- Hoe ziet u de toekomst van het melden hier op de afdeling?

“U hoort van ons”, de rol van feedback op het leren van incidenten