



# ***Integratie van het veiligheidsmanagementsysteem in het algemene management control system van een ziekenhuis***

**Maarten Corten**

promotor :  
Prof. dr. Philip VERGAUWEN

## **Woord vooraf**

Gedurende het afgelopen jaar heb ik mij verdiept in het onderzoek naar patiëntveiligheid. Geen gemakkelijke opgave voor een student met een economische achtergrond, maar wel zeer boeiend. Ik hoop dan ook dat ik met deze masterproef mijn steentje heb kunnen bijdragen aan dit nieuwe onderzoeksdomein.

Zonder de hulp van bepaalde personen had ik dit werk echter nooit kunnen realiseren. Via deze weg zou ik hen dan ook graag uitdrukkelijk willen bedanken. In de eerste plaats wil ik graag mijn promotor, Prof. dr. Philip Vergauwen, bedanken voor de enthousiaste en samenwerkingsgerichte manier waarop hij deze masterproef mee vorm heeft gegeven. Hij maakte steeds tijd vrij om mijn werk na te lezen en samen te bespreken en heeft me op die manier dan ook heel wat goede raad meegegeven. Daarnaast wil ik ook graag mijn dank betuigen aan Prof. dr. Tjerk van der Schaaf en Prof. dr. Johan Hellings voor de inzichten die ze me hebben bijgebracht in verband met patiëntveiligheid.

Aangezien deze masterproef het sluitstuk vormt van mijn opleiding tot handelsingenieur, zou ik ten slotte ook graag die mensen bedanken die er vijf fantastische jaren van hebben gemaakt. Dus ook aan mijn ouders, vriendin, vrienden, familie en kotgenoten: bedankt!

Maarten Corten

## Samenvatting

Om de patiëntveiligheid in ziekenhuizen te bevorderen, worden veiligheidsmanagementsystemen geïmplementeerd. Hoewel algemeen wordt aanvaard dat een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) als een integraal onderdeel van het globale ziekenhuisbeleid moet worden beschouwd, leek de huidige literatuur hier weinig rekening mee te houden. Deze masterproef had dan ook voornamelijk tot doel deze inbedding in het globale ziekenhuisbeleid wel expliciet in overweging te nemen. Meer bepaald werd onderzocht of de integratie van het VMS in het algemene management control system (MCS) van een ziekenhuis enerzijds werkelijk wenselijk is en anderzijds ook realiseerbaar is. Aangezien dit een complexe analyse is, werd gebruik gemaakt van het model van Simons om de hele problematiek op een abstracter niveau te brengen. In eerste instantie werd dan ook nagegaan in welke mate het VMS werkelijk met dit model van Simons vergeleken kon worden. Hiervoor werd getracht elk onderdeel van een VMS toe te wijzen aan één van de vier subsystemen die volgens het model van Simons samen het MCS vormen. Meer bepaald gaat het hierbij om het beliefs system, het boundary system, het diagnostic control system en het interactive control system. Uit de analyse van het derde hoofdstuk bleek dat de vijf onderdelen van een VMS als volgt vergelijkbaar waren met de subsystemen van het model van Simons: het systeem ter ontwikkeling van een veiligheidscultuur kan als een beliefs system worden beschouwd, incidentmeldingssystemen en prospectieve risicoanalyses bleken interactive control systems te zijn en het gebruik van patiëntveiligheidsindicatoren en het beschouwen van de patiënt als partner leken het meest vergelijkbaar te zijn met diagnostic control systems. Geen enkel onderdeel van een VMS bleek als een boundary system beschouwd te kunnen worden. Gebruikmakend van de vergelijkbaarheid tussen een VMS en het model van Simons, werd in het vierde hoofdstuk de effectiviteit van een VMS onder de loep genomen, waarbij nog geen rekening werd gehouden met de invloed van het algemene MCS. Hoewel een VMS over het algemeen op een effectieve manier leek te werken, bleken bepaalde problemen toch op een meer geschikte manier aangepakt te kunnen worden. Voornamelijk het implementeren van een boundary system als werkelijk onderdeel van een VMS zou de effectiviteit nog verder kunnen verhogen. In het vijfde hoofdstuk werd de invloed van het algemene MCS bij de analyse betrokken. Meer bepaald werd hier getracht de centrale onderzoeksvraag te beantwoorden door de interactie tussen het VMS en het algemene MCS nader te onderzoeken. Omwille van de vele invloeden die beide systemen op elkaar uitoefenen, bleek integratie van het VMS in het algemene MCS meer dan wenselijk. Toch leek deze integratie sterk bemoeilijkt te worden door de (schijnbaar) tegengestelde doelstellingen van beide systemen, namelijk effectiviteit en efficiëntie. In een bredere context bleken beide systemen echter toch een gemeenschappelijk doel na te streven, namelijk gezamenlijke verantwoordelijkheid voor zowel de effectiviteit als de efficiëntie van de zorg. Hieruit kon dan ook geconcludeerd worden dat de integratie van een VMS in het algemene MCS zowel wenselijk als mogelijk is, maar dat de aanwezigheid van een evenwichtige balans tussen beide systemen hierbij uiterst noodzakelijk is.

## Inhoudsopgave

### Woord vooraf

### Samenvatting

blz.

<b>1</b>	<b>Inleiding</b> .....	- 6 -
<b>2</b>	<b>Probleemstelling &amp; onderzoeksstrategie</b> .....	- 7 -
2.1	<b>Probleemstelling</b> .....	- 7 -
2.2	<b>Onderzoeksstrategie</b> .....	- 9 -
2.2.1	Model van Simons.....	- 10 -
2.2.2	Onderdelen van een VMS .....	- 12 -
<b>3</b>	<b>VMS als MC</b> .....	- 15 -
3.1	<b>Beliefs System</b> .....	- 15 -
3.2	<b>Boundary System</b> .....	- 17 -
3.3	<b>Diagnostic Control System</b> .....	- 18 -
3.3.1	Patiëntveiligheidsindicatoren .....	- 18 -
3.3.2	De patiënt als partner .....	- 19 -
3.3.3	Conclusie .....	- 20 -
3.4	<b>Interactive Control System</b> .....	- 21 -
3.4.1	Meldingssystemen .....	- 21 -
3.4.2	Prospectieve risicoanalyses .....	- 24 -
3.4.2	Conclusie .....	- 25 -
3.5	<b>Algemene conclusie</b> .....	- 26 -
<b>4</b>	<b>Effectiviteit van een VMS</b> .....	- 28 -
4.1	<b>Beliefs System</b> .....	- 28 -
4.2	<b>Boundary System</b> .....	- 29 -
4.3	<b>Diagnostic Control System</b> .....	- 30 -
4.3.1	Patiëntveiligheidsindicatoren .....	- 30 -
4.3.2	De patiënt als partner .....	- 35 -
4.4	<b>Interactive Control System</b> .....	- 36 -
4.4.1	Meldingssystemen .....	- 36 -
4.4.2	Prospectieve risicoanalyses .....	- 40 -
4.5	<b>Conclusie</b> .....	- 41 -
<b>5</b>	<b>VMS als onderdeel van MC</b> .....	- 45 -
5.1	<b>Invloed van het algemene MCS op een VMS</b> .....	- 45 -
5.1.1	Beliefs System .....	- 46 -
5.1.2	Boundary System .....	- 48 -
5.1.3	Diagnostic Control System .....	- 50 -

5.1.4	Interactive Control System .....	- 51 -
5.1.5	Conclusie.....	- 52 -
<b>5.2</b>	<b>Invloed van een VMS op het algemene MCS .....</b>	<b>- 53 -</b>
5.2.1	Beliefs System .....	- 53 -
5.2.2	Boundary System .....	- 54 -
5.2.3	Diagnostic Control System .....	- 54 -
5.2.4	Interactive Control System .....	- 55 -
5.2.5	Conclusie.....	- 55 -
<b>5.3</b>	<b>Integratie van het VMS in het MCS? .....</b>	<b>- 56 -</b>
5.3.1	Beliefs System .....	- 56 -
5.3.2	Boundary System .....	- 58 -
5.3.3	Diagnostic Control System .....	- 58 -
5.3.4	Interactive Control System .....	- 60 -
5.3.5	Conclusie.....	- 60 -
<b>5.4</b>	<b>Algemene Conclusie .....</b>	<b>- 61 -</b>
<b>6</b>	<b>Discussie .....</b>	<b>- 63 -</b>
<b>6.1</b>	<b>Theoretische relevantie.....</b>	<b>- 63 -</b>
6.1.1	Simons.....	- 63 -
6.1.2	VMS.....	- 64 -
<b>6.2</b>	<b>Praktijkrelevantie .....</b>	<b>- 65 -</b>
6.2.1	Veilig melden .....	- 65 -
6.2.2	Incentives.....	- 66 -
6.2.3	Efficiëntie .....	- 66 -
6.2.4	Financiering .....	- 67 -
6.2.5	Management .....	- 68 -
<b>6.3</b>	<b>Conclusie.....</b>	<b>- 68 -</b>
<b>7</b>	<b>Conclusies .....</b>	<b>- 70 -</b>
<b>8</b>	<b>Lijst van geraadpleegde werken .....</b>	<b>- 71 -</b>
<b>Bijlage</b>	<b>Interview Johan Hellings.....</b>	<b>- 76 -</b>

## **1 Inleiding**

Deze masterproef maakt onderdeel uit van het onderzoeksdomein dat zich focust op patiëntveiligheid. In het volgende hoofdstuk zal dit onderzoeksdomein dan ook kort nader toegelicht worden. Ook een nadere omschrijving van wat veiligheidsmanagementsystemen juist inhouden, zal hier zeker niet ontbreken. Dit werk zal dan ook voornamelijk betrekking hebben op dergelijke veiligheidsmanagementsystemen. Meer bepaald zal onderzocht worden in welke mate deze systemen geïntegreerd moeten worden in de algemene management control systems van ziekenhuizen. De aanleiding tot deze onderzoeksvraag en de aanpak in het beantwoorden ervan zal eveneens duidelijk worden gemaakt in het volgende hoofdstuk. Een toelichting van het model van Simons, dat als basis zal dienen bij de analyse, en een bondige omschrijving van de componenten van een VMS, zullen hierbij het voornaamst zijn.

In het derde hoofdstuk zal vervolgens gestart worden met het eerste deel van de analyse. Meer bepaald zal hier nagegaan worden of een VMS vergeleken kan worden met het model van Simons. Indien deze vergelijking mogelijk is, zal dit toelaten om vanuit dit model de effectiviteit van veiligheidsmanagementsystemen te beoordelen. Dit vormt dan ook de inhoud van het vierde hoofdstuk. Aangezien bij deze beoordeling nog geen rekening zal worden gehouden met de invloed van en op het algemene management control system, zal deze invloed wel in overweging worden genomen bij het volgende deel van de analyse, die nader omschreven wordt in hoofdstuk vijf. Dit alles zou moeten toelaten een uitspraak te doen over de mogelijkheid en wenselijkheid van de integratie van het veiligheidsmanagementsysteem in het algemene management control system van een ziekenhuis.

Uiteraard zal een analyse als deze steeds beperkingen inhouden. In het zesde hoofdstuk zal dan ook een overzicht gegeven worden van deze mogelijke beperkingen, waaruit vervolgens ook aanbevelingen voor verder onderzoek afgeleid kunnen worden. Naast een kritische kijk op de theoretische relevantie van dit werk, zal in dit hoofdstuk ook de praktijkrelevantie beoordeeld worden. Ten slotte zal in hoofdstuk zeven de algemene conclusie geformuleerd worden waarin de resultaten van deze masterproef nog eens bondig toegelicht zullen worden.

## 2 Probleemstelling & onderzoeksstrategie

In dit hoofdstuk zal in een eerste deel de probleemstelling nader toegelicht worden. Hierin zal de algemene problematiek rond patiëntveiligheid bondig omschreven worden om vervolgens dieper in te kunnen gaan op het specifieke probleem dat deze masterproef zal behandelen. Dit zal dan ook leiden tot de centrale onderzoeksvraag, waarvan in het tweede deel van dit hoofdstuk zal worden uitgelegd hoe een antwoord kan worden verkregen op deze vraag. De algemene onderzoeksstrategie, evenals de opsplitsing van het onderzoek in verschillende delen, zal hier dan ook nader toegelicht worden.

### 2.1 Probleemstelling

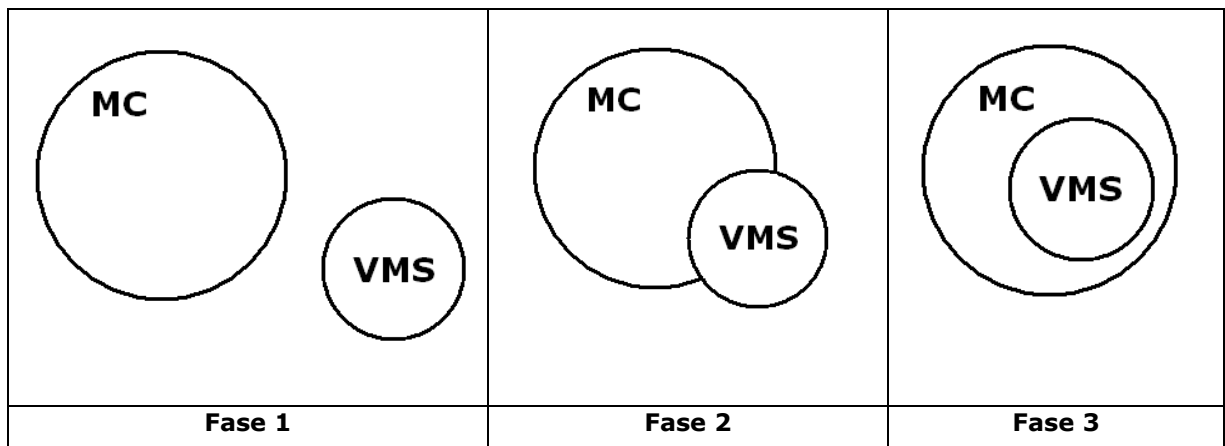
Patiëntveiligheid heeft sinds het ophefmakende rapport '*To Err is Human: Building a Safer Health System*', opgesteld door het Institute of Medicine, internationale belangstelling gekregen. Het rapport schatte dat er in de Verenigde Staten jaarlijks tussen 44000 en 98000 patiënten sterven als gevolg van medische fouten (Khatri, Baveja, Boren & Mammo, 2006). Dit maakte medische fouten dan ook één van de voornaamste doodsoorzaken binnen de VS. Daarnaast werd de jaarlijkse kost van niet fatale medische fouten geschat tussen 17 en 19 miljard dollar (Khatri, Baveja, Boren & Mammo, 2006). Uit deze bevindingen bleek dan ook de ernst van de problematiek. Als reactie hierop werd patiëntveiligheid wereldwijd op de politieke agenda geplaatst en werd het een multidisciplinair onderzoeksdomein (Hellings & Vleugels, 2007). Het werd dan ook snel duidelijk dat een gebrek aan patiëntveiligheid niet alleen in de VS een probleem vormde. Zo geven Wagner en de Bruijne (2007) aan dat in Nederland ongeveer 2,3% van de opgenomen patiënten te maken krijgen met vermijdbare schade, hetgeen voor het jaar 2004 ongeveer 30000 patiënten zou betekenen. Daarnaast zou bij 4,1% van de in het ziekenhuis overleden patiënten het overlijden gerelateerd kunnen worden aan een vermijdbare onbedoelde gebeurtenis. Naar schatting kwam dit in 2004 dan ook voor bij 1735 patiënten. Ook andere landen bevestigden de problematiek die door het Institute of Medicine aan het licht werd gebracht.

Zoals de voorgaande omschrijving reeds aangeeft, hangt patiëntveiligheid nauw samen met de kans op vermijdbare schade. Van Everdingen et al. (2006, in Hellings & Vleugels, 2007, p.5) definiëren 'patiëntveiligheid' dan ook als "het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte lichamelijke en/of psychische schade die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem". 'Veilige zorg' wordt daarnaast omschreven als "zorg waarbij de patiënt geen schade lijdt ten gevolge van de zorg zelf of door zijn/haar contact met het zorgsysteem" (Institute of Medicine, 2000, in Hellings & Vleugels, 2007, p.5). Een ander belangrijk begrip binnen deze problematiek is 'incident', waarmee een "onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot



schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) zou kunnen leiden” (Wagner & Van der Wal, 1888-1891, in Hellings & Vleugels, 2007, p.6) wordt bedoeld. Een incident dat werkelijk tot schade voor de patiënt heeft geleid, wordt een ‘adverse event’ genoemd (Hellings & Vleugels, 2007). Indien het incident ook nog eens vermijdbaar bleek te zijn, wordt er gesproken van een ‘preventable adverse event’ of een ‘vermijdbaar incident met schade’ (Hellings & Vleugels, 2007).

Om vermijdbare incidenten in de toekomst te voorkomen, lijkt de implementatie van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) cruciaal. Meer bepaald omvat een VMS “alle geformaliseerde activiteiten, het beleid en de procedures die gericht zijn op het beheersen en verbeteren van de veiligheid en het voorkomen van incidenten” (De Beukelaar, 2005, in Roufs, 2005). Hierbij is het belangrijk dat dit managementsysteem als een onderdeel van het globale ziekenhuisbeleid wordt beschouwd (Strategische Werkgroep voor Patiëntveiligheid van de Nationale Begeleidingscommissie voor Ziekenhuisperformantie, z.d.). Toch lijkt de literatuur met betrekking tot veiligheidsmanagementsystemen weinig rekening te houden met deze inbedding in het globale ziekenhuisbeleid. Het is echter mogelijk dat een beschouwing als losstaand geheel in eerste instantie noodzakelijk was omwille van de grote complexiteit van de problematiek. Daarnaast verantwoordt het feit dat een VMS in een eerste fase vaak als een afzonderlijk systeem geïmplementeerd wordt ook deels deze beperkte focus. Aangezien er echter een geleidelijke integratie van het VMS in het algemene MCS verwacht kan worden, zal de beschouwing als losstaand geheel toch te beperkt worden.



Figuur 1: Integratie van het VMS in het algemene MCS

Het onderzoek dat reeds werd verricht met betrekking tot veiligheidsmanagementsystemen zou dan ook een heel andere betekenis kunnen krijgen indien de invloed van het algemene MCS in overweging wordt genomen. Het blijft dan ook maar de vraag of de integratie van het VMS in het algemene MCS wel werkelijk wenselijk blijft. Daarnaast kan ook getwijfeld worden aan de mogelijkheid van deze integratie. Het oplossen van deze vraagstukken zal dan ook het doel van

deze masterproef vormen. Meer bepaald zal getracht worden een antwoord te formuleren op de volgende centrale onderzoeksvraag:

*'Moet/kan een VMS op een gepaste manier in het algemene management control system van een ziekenhuis geïntegreerd worden?'*

## **2.2 Onderzoeksstrategie**

Het in beschouwing nemen van de invloed van het algemene MCS op de werking van een VMS, heeft als grote gevolg dat het de complexiteit van het onderzoek in een sterke mate zal verhogen. De vraag dringt zich dan ook op of de analyse van een VMS niet op een meer abstracte wijze benaderd kan worden. Het model van Simons kan hierbij een handig hulpmiddel zijn. Hierin wordt immers op een overzichtelijke manier weergegeven hoe een MCS opgebouwd moet worden. Dit maakt het dan ook mogelijk de effectiviteit van elk onderdeel van een VMS afzonderlijk te beoordelen, zonder evenwel de samenhang met de andere componenten van het VMS en het algemene MCS uit het oog te verliezen. Hiervoor is het uiteraard wel noodzakelijk dat er eerst wordt nagegaan in welke mate een VMS vergeleken kan worden met de door Simons vooropgestelde structuur van een MCS. Dit leidt dan ook tot de eerste deelvraag, namelijk:

*Kan een VMS beschouwd worden als een MCS zoals voorgesteld door Simons?*

Indien deze beschouwing mogelijk blijkt, zal vanuit dit model nagegaan worden in welke mate de werking van een VMS effectief is. De tweede deelvraag luidt dan ook:

*Werkt een VMS op een effectieve manier?*

Bij het oplossen van deze deelvraag zal de invloed van het algemene MCS nog niet in overweging worden genomen. Het antwoord op deze deelvraag lijkt op het eerste zicht dan ook slechts een geringe meerwaarde te kunnen bieden ten opzichte van de reeds bestaande literatuur. Toch geeft een benadering vanuit het model van Simons de mogelijkheid een ander licht te werpen op de hele problematiek. Daarnaast is deze tussenstap noodzakelijk om in een volgend deel de invloed van en op het algemene MCS te kunnen analyseren. Dit brengt ons dan ook bij de derde en laatste deelvraag, namelijk:

*Wat kan de invloed van het algemene MCS zijn op het VMS en omgekeerd?*

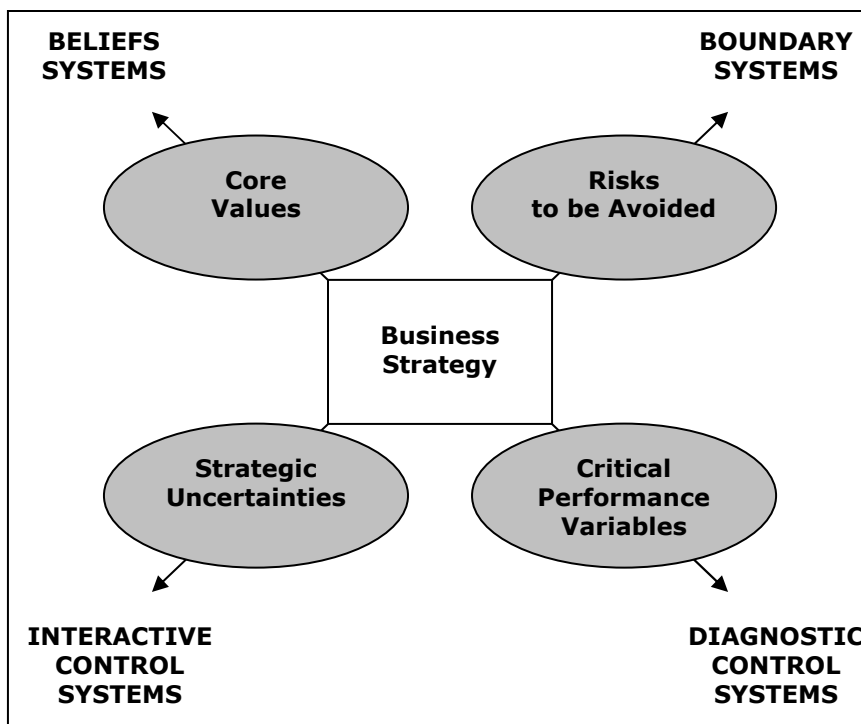
Bij het oplossen van bovenstaande deelvragen zal voornamelijk gebruik worden gemaakt van bestaande literatuur. Daarnaast zal ook een interview met Johan Hellings afgenomen worden om

op die manier meer inzicht te krijgen in de werking van een VMS in de praktijk. Dit alles zou het mogelijk moeten maken een antwoord te formuleren op de centrale onderzoeksvraag.

Voor een beter begrip van de inhoud van de deelvragen en dus van de gehele studie is een nadere toelichting van het model van Simons echter noodzakelijk. In de volgende paragraaf zal dan ook een bondige omschrijving worden gegeven van zijn model. Daarnaast dient ook duidelijk te worden gemaakt wat juist als een VMS beschouwd kan worden. Met een omschrijving van de onderdelen van een VMS zal dit hoofdstuk dan ook worden afgerond.

### 2.2.1 Model van Simons

Simons (1995) stelt dat een MCS zou moeten bestaan uit vier complementaire systemen. Hierbij is het vinden van een juiste balans tussen de vier systemen van kapitaal belang om op die manier het realiseren van de strategie van de organisatie mogelijk te maken. Deze subsystemen worden dan ook 'levers of control' genoemd.



Figuur 2: The Levers of Control (Simons, 1995)

Een eerste subsysteem is het 'beliefs system'. Hiermee verwijst Simons (1995) naar de verzameling van visies, missies, credo's, etc. die binnen een organisatie formeel gecommuniceerd worden om zo de doelstellingen, de algemene waarden en de gewenste richting van de organisatie aan te geven. Deze lever heeft dan ook vooral een motiverende en inspirerende rol.

Een tweede subsysteem, het 'boundary system', geeft het toegestane vakgebied van de medewerkers van een organisatie aan. In tegenstelling tot het beliefs system worden hier geen idealen omschreven maar grenzen en limieten. Deze limieten zijn noodzakelijk aangezien managers nooit alle specifieke problemen en kansen binnen een onderneming zullen kennen. Op een precieze manier voorschrijven naar welke mogelijkheden en oplossingen hun medewerkers moeten zoeken, is dan ook onmogelijk. Daarom geven deze boundaries voornamelijk aan wat medewerkers zeker niet mogen doen. Meestal gaat het dan ook om verboden of minimumstandaarden.

Simons (1995) onderscheidt in het algemeen twee soorten boundaries, namelijk 'business conduct boundaries' en 'strategic boundaries'. Business conduct boundaries zijn voornamelijk gebaseerd op de wetgeving, het beliefs system van de organisatie en de gedragscodes uitgevaardigd door zowel de industrie als professionele verenigingen. Meer bepaald hebben ze als doel ongewenst gedrag voor de organisatie te voorkomen waardoor ze meestal in de verbiedende wijs worden opgesteld. (Simons, 1995)

Strategic boundaries dienen voornamelijk om medewerkers enige richting te geven in de zoektocht naar nieuwe mogelijkheden. Meer bepaald omschrijven ze dan ook naar welke activiteiten zeker geen onderzoek verricht mag worden. Dit zou een verspilling van resources moeten voorkomen. (Simons, 1995)

Het 'diagnostic control system' vormt een derde subsysteem en wordt door Simons (1995) omschreven als de formele informatiesystemen die managers gebruiken om prestaties te beoordelen en bij te sturen. Het vormt de ruggengraat van de traditionele managementcontrole en vaak wordt de term 'management control' dan ook als synoniem voor 'diagnostic control' beschouwd. Meer bepaald zullen dergelijke systemen trachten die variabelen te meten die deel uitmaken van de kritische succesfactoren van een organisatie. Op die manier zouden diagnostic control systems het dan ook mogelijk moeten maken dat de organisatie haar doelen kan bereiken zonder dat er constant toezicht van het management nodig is. (Simons, 1995)

Aangezien de zoektocht naar nieuwe mogelijkheden en belangrijke kennis te zeer beperkt zou kunnen worden door strikte procedures en routines als gevolg van het diagnostic control system, moedigt het laatste subsysteem, het 'interactive control system', deze zoektocht juist aan. Hierdoor zou er een gepaste spanning gecreëerd kunnen worden tussen enerzijds creatieve innovatie en anderzijds voorspelbare doelverwezenlijking. Meer bepaald stelt het interactive control system het delen en communiceren van de strategische ontwikkelingen met de medewerkers centraal om op die manier leren aan te moedigen. Daarnaast staat het systeem toe dat medewerkers op zoek gaan naar nieuwe doelstellingen voor de organisatie. In tegenstelling tot het diagnostic control system, dat vooral gericht is op het heden, zal dit systeem dan ook vooral

gericht zijn op de toekomst. Meer specifiek zal de aandacht gevestigd worden op strategische onzekerheden, onzekerheden die de huidige strategie van een organisatie zouden kunnen bedreigen. Aangezien deze continu veranderen, kunnen hiervoor geen standaarden opgesteld worden waardoor management by exception niet mogelijk is. Managers zullen daarentegen actief op zoek moeten gaan naar informatie hieromtrent en zullen hiervoor dan ook formele informatiesystemen opzetten die tot een dialoog doorheen de hele organisatie zouden moeten leiden. (Simons, 1995)

### 2.2.2 Onderdelen van een VMS

Een VMS bestaat volgens Hellings en Vleugels (2007) uit minstens vier onderdelen. Een eerste onderdeel is de risico-inventarisatie, waarbij deskundigen bepaalde zorgprocessen zullen analyseren om zo verbeteringen aan te kunnen brengen alvorens een incident optreedt. Indien er zich toch incidenten voordoen, zullen ook deze geanalyseerd kunnen worden. Analyse van incidenten en complicaties vormt dan ook het tweede onderdeel van een VMS. Na de analyse is het uiteraard van belang dat er een goed actieplan wordt opgezet om incidenten in de toekomst te voorkomen (onderdeel 3). Om dit alles te kunnen realiseren, is ten slotte de ontwikkeling van een veiligheidscultuur uiterst noodzakelijk. Dit vormt dan ook het vierde aspect van een VMS.

De Strategische Werkgroep voor Patiëntveiligheid van de Nationale Begeleidingscommissie voor Ziekenhuisperformantie (z.d.) erkent ook deze onderdelen, behalve het actieplan. Hieruit mag echter niet geconcludeerd worden dat een actieplan een onbelangrijk onderdeel van een VMS vormt. De werkgroep ziet dit actieplan immers als een verlengde van de prospectieve risicoanalyses en de incidentmeldingssystemen, vandaar dat het niet als afzonderlijk onderdeel wordt vermeld. In hun nota leggen ze daarnaast de nadruk op nog enkele extra aspecten. Een eerste hiervan heeft betrekking op 'patiëntveiligheidsindicatoren' die volgens de werkgroep "een permanente [en] doorlopende meting van het niveau van patiëntveiligheid in de instelling" moeten mogelijk maken (p.9). Aangezien, aldus de werkgroep, (bijna-)incidentmeldingssystemen vooral de aandacht vestigen op specifieke gebeurtenissen terwijl indicatoren het heersend niveau van patiëntveiligheid in ziekenhuizen kunnen meten, bestaat er een grote complementariteit tussen de systemen. Een volgend aspect dat aangehaald wordt, is het beschouwen van 'de patiënt als partner' aangezien zij een extra controle kunnen betekenen gedurende het zorgproces. Hierbij is een nauwgezette en transparante communicatie naar hen toe dan ook zeer belangrijk. Een laatste aspect, het gebruiken van 'een veelheid aan informatiebronnen', is uiteraard ook belangrijk om gepaste analyses te kunnen uitvoeren hoewel het, mijns inziens, deel uitmaakt van een ander onderdeel van het VMS, namelijk risico-inventarisatie.

Hoewel beide onderverdelingen verdedigbaar zijn en er wellicht nog andere classificaties mogelijk zijn, werd in dit werk gekozen voor de tweede benadering. Deze benadering is immers meer systeemgericht waardoor een vergelijking met de subsystemen van een MCS vergemakkelijkt wordt. Om de inhoud van deze vergelijking te kunnen begrijpen, is een nadere toelichting van de hierboven vernoemde onderdelen van een VMS echter noodzakelijk. Een bondige omschrijving van elk specifiek onderdeel zal dan ook volgen.

#### *2.2.2.1 Ontwikkeling van een veiligheidscultuur*

Zoals reeds gemeld, is de ontwikkeling van een veiligheidscultuur uiterst noodzakelijk om de effectiviteit van een VMS te kunnen garanderen. De reden hiervoor is dat veiligheid in ziekenhuizen nog steeds niet geïstitutionaliseerd is. De cultuur binnen een ziekenhuis is daarentegen nog te zeer gericht op de individuele verhouding tussen de arts en de patiënt waarbij men er van uitgaat dat een goed opgeleide zorgverlener geen fouten maakt. Indien er zich toch een preventable adverse event voordoet, zal dan ook steeds naar een schuldige gezocht worden. Om de kans op dergelijke preventable adverse events te voorkomen, is echter een verandering in deze cultuur nodig. Een VMS gaat er dan ook van uit dat er zich steeds fouten zullen voordoen. Daarnaast worden deze fouten voornamelijk beschouwd als een uiting van falende systemen in plaats van falende individuen. (Hellings & Vleugels, 2007).

Aangezien zowat alle aspecten binnen een organisatie de bestaande cultuur kunnen beïnvloeden, is het ontwikkelen van een veiligheidscultuur een bijzonder complexe opgave (Hellings, 2006). Dit maakt dan ook dat het moeilijk als een losstaand onderdeel van een VMS beschouwd kan worden. Toch is deze beschouwing als losstaand onderdeel in eerste instantie noodzakelijk om een vergelijking met het model van Simons mogelijk te maken. Gebaseerd op de literatuur met betrekking tot veiligheidsmanagementsystemen, werd voor deze studie dan ook een duidelijke afbakening gemaakt van dit onderdeel. Meer bepaald worden de volgende elementen beschouwd als toebehorend aan het systeem ter ontwikkeling van een veiligheidscultuur (Hellings, 2006):

- Het opnemen van patiëntveiligheid in de visie en missie van de organisatie
- Leiderschap en betrokkenheid van het topmanagement
- Goede communicatie

Hoewel dit een heel beperkte opsomming is, mag niet vergeten worden dat de andere onderdelen van een VMS ook een invloed zullen hebben op de ontwikkeling van een veiligheidscultuur. In dit onderdeel werden dan ook enkel die aspecten opgenomen die niet vervat zitten in de andere onderdelen.

#### 2.2.2.2 *Patiëntveiligheidsindicatoren*

Patiëntveiligheidsindicatoren zouden, zoals reeds vermeld, "een permanente, doorlopende meting van het niveau van patiëntveiligheid in de instelling" moeten toelaten (Strategische Werkgroep voor Patiëntveiligheid van de Nationale Begeleidingscommissie voor Ziekenhuisperformantie, z.d., p.9). Meer bepaald gaat het dan ook om "screening tools that use administrative data to identify potential complications of care" (Isaac & Jha, 2008, p.1373).

#### 2.2.2.3 *De patiënt als partner*

Dit onderdeel van het VMS wil erop toezien dat "patiënten gestimuleerd worden om nieuwsgierig te zijn, vragen te stellen, kritisch te blijven en zonder schroom hun bekommernissen te uiten" (Strategische Werkgroep voor Patiëntveiligheid van de Nationale Begeleidingscommissie voor Ziekenhuisperformantie, z.d., p.10). Om de patiënt als een meerwaarde voor het verzorgend team te kunnen beschouwen, is het uiteraard ook noodzakelijk dat de zorgprofessionals naar de patiënten luisteren. Daarnaast zou de patiënt voldoende geïnformeerd moeten worden over het verloop van het zorgproces zodat ze weet waarop er gelet moet worden. (Strategische Werkgroep voor Patiëntveiligheid van de Nationale Begeleidingscommissie voor Ziekenhuisperformantie, z.d.)

#### 2.2.2.4 *Incidentmeldingssystemen*

Het melden en analyseren van (bijna-)incidenten heeft als doelstelling systeemfouten in de zorg op te sporen en te verhelpen (Legemaate et al., 2006). Om zoveel mogelijk systeemfouten op te sporen, is het uiteraard noodzakelijk dat er ook zoveel mogelijk (bijna-)incidenten, zelfs de kleinste, worden gemeld. De mogelijkheid tot 'veilig melden' is dan ook uiterst belangrijk, hetgeen betekent dat het melden van incidenten geen sanctionering tot gevolg zal hebben. (Willems, 2004)

#### 2.2.2.5 *Prospectieve risicoanalyses*

Een gekende methode voor het analyseren van zorgprocessen is 'Healthcare Failure Mode and Effect Analysis' (HFMEA®) (Hellings & Vleugels, 2007). 'Scenario Analyse van Faalwijzen, Effecten en Risico's' (SAFER) kan beschouwd worden als een Nederlandstalige versie van deze methode. Over het algemeen kunnen hierin vijf stappen onderscheiden worden, waaronder "keuze proces en afbakening" (1), "samenstelling werkgroep" (2), "procesbeschrijving" (3), "risicoanalyse" (4) en "acties en uitkomstmaten" (5). (Leistikow, van der Schaaf, Habraken & Reijnders-Thijssen, 2006, p.3)

### **3 VMS als MC**

Om te bepalen of een VMS kan beschouwd worden als een MCS zoals voorgesteld door Simons, zal nagegaan worden in welke mate de onderdelen van een VMS vergelijkbaar zijn met de subsystemen die volgens Simons samen het MCS vormen. Meer bepaald zullen hiervoor de specifieke kenmerken die Simons aan elk van deze systemen toeschrijft, vergeleken worden met de kenmerken van de onderdelen van een VMS.

Om de analyse te structureren, wordt een opsplitsing gemaakt volgens het model van Simons. Per subsysteem zal hierbij een korte beschrijving worden gegeven van de belangrijkste kenmerken en voorwaarden van het systeem. Vervolgens zullen deze vergeleken worden met de kenmerken en voorwaarden van de onderdelen van een VMS om op die manier te kunnen bepalen in welke lever(s) een VMS ondergebracht kan worden.

#### **3.1 Beliefs System**

De belangrijkste kenmerken van een beliefs system (BIS) volgen direct uit de reeds vermelde omschrijving van het systeem. Het gaat dus om een motiverend en inspirerend systeem dat de doelstelling, de algemene waarden en de gewenste richting van de organisatie tracht aan te geven via de formele communicatie van visies, missies, credo's, etc.. De voordelen van een BIS kunnen echter enkel gerealiseerd worden indien de elementen van het systeem ook op een gepaste wijze gecommuniceerd worden. Het is namelijk deze communicatie die zal leiden tot een beter begrip en een grotere betrokkenheid onder de medewerkers. Het topmanagement dient dan ook voldoende aandacht te besteden aan deze communicatie. (Simons, 1995)

Indien we de kenmerken van de onderdelen van een VMS vergelijken met die van een BIS, vinden we een eerste overeenkomst in een briefing van het National Patient Safety Agency van de NHS (2008) waarin vijf aandachtspunten voor een effectief rapporteringssysteem worden voorgesteld. Eén van deze aandachtspunten is immers het engageren van medewerkers, hetgeen duidelijk als een taak van een BIS beschouwd kan worden. Hieruit kan echter niet geconcludeerd worden dat een meldingssysteem een BIS is. Uit de briefing blijkt immers ook dat het vooral de ontwikkeling van een veiligheidscultuur zal zijn die het engageren van medewerkers mogelijk moet maken. Het is dan ook dit onderdeel van een VMS dat, zeker gedeeltelijk, als een BIS beschouwd kan worden. De andere onderdelen van een VMS lijken, naast een eventuele verwijzing naar de veiligheidscultuur, geen overeenkomsten te bevatten met de kenmerken van een BIS.

Ook andere bronnen leiden tot de conclusie dat het proces ter ontwikkeling van een veiligheidscultuur gedeeltelijk een BIS blijkt te zijn. Zo stellen Sanders en Neuijen (1992, in



Hellings, 2006) dat de formele vastlegging van de beginselverklaring een indirect werkend mechanisme is om een organisatiecultuur te veranderen. Daarnaast ziet Spath (2000, in Shojania, Duncan, McDonald & Wachter, 2001) de organisatiecultuur als een belichaming van de filosofie van het topmanagement dat het gedrag van de medewerkers zal beïnvloeden. Ook hier kan dus een duidelijke link met het BIS gevonden worden. Meer gericht op de veiligheidscultuur geven McFadden, Henagan en Gowen (2009) aan dat het creëren van een dergelijke cultuur een significante organisationele verandering vereist. Ze verwijzen dan ook naar Kotter (1990) die drie kerntaken voor het topmanagement specificeert om een dergelijke verandering teweeg te kunnen brengen. Zo zou het topmanagement in eerste instantie een duidelijke richting van de organisatie moeten vastleggen via het ontwikkelen en communiceren van een meeslepende visie. Vervolgens dient ze haar medewerkers te sensibiliseren om deze visie na te streven door met hen over de belangrijkste waarden te praten en de nadruk te leggen op het belang van een collectief doel. Belangrijk hierbij is dat dergelijke communicatie op een continue wijze dient te gebeuren. Ten slotte dient het topmanagement hun medewerkers te motiveren en inspireren door optimistisch te zijn over de toekomst en ervan overtuigd te zijn dat de gestelde doelen verwezenlijkt kunnen worden. Deze kerntaken zijn duidelijk gelijkend aan de taken van een BIS. Daarnaast tonen McFadden et al. (2009) ook nog eens aan dat de beschreven kerntaken ook daadwerkelijk zullen bijdragen tot de ontwikkeling van een veiligheidscultuur. Dit staft dan ook duidelijk de hypothese dat het proces ter ontwikkeling van een veiligheidscultuur gedeeltelijk als een BIS beschouwd kan worden. Voorlopig wordt hier gesproken van een gedeeltelijke overeenstemming aangezien Simons (1995) stelt dat het BIS samen met het boundary system vorm geeft aan de organisatiecultuur. Hoewel een BIS dus wel een noodzakelijke voorwaarde vormt voor het wijzigen van de heersende organisatiecultuur, lijkt het geen voldoende voorwaarde. Er kan dan ook nu reeds verwacht worden dat het systeem ter ontwikkeling van een veiligheidscultuur ook aspecten van een boundary system omvat.

Samenvattend kan er gesteld worden dat een VMS duidelijk elementen van een BIS bevat. Toch blijkt enkel het systeem ter ontwikkeling van een veiligheidscultuur gedeeltelijk een BIS te zijn. De andere onderdelen van een VMS vertoonden geen of nauwelijks overeenkomsten met dit subsysteem.

### **3.2 Boundary System**

Uit de omschrijving van een boundary system (BdS) blijkt dat het bestaat uit grenzen en limieten die het toegestane vakgebied van de medewerkers van een organisatie aangeven (Simons, 1995). Hierbij kan het gaan om business conduct boundaries enerzijds die ongewenst gedrag voor de organisatie trachten te voorkomen en strategic boundaries anderzijds die de zoekactiviteiten van medewerkers proberen te beperken. Een belangrijk bijkomend kenmerk van boundary systems vormt het opleggen van sancties bij overtreding van de grenzen.

In de vorige paragraaf werd reeds aangehaald dat er wellicht heel wat aspecten van een BdS teruggevonden kunnen worden in het proces ter ontwikkeling van een veiligheidscultuur aangezien de organisatiecultuur zowel beïnvloed wordt door beliefs systems als boundary systems (Simons, 1995). Toch blijkt deze verwachting niet geheel terecht. Hoewel er in de literatuur die betrekking heeft op het proces ter ontwikkeling van een veiligheidscultuur geregeld wordt verwezen naar aspecten die deel uitmaken van een BdS, kan hieruit niet geconcludeerd worden dat dit proces ook gedeeltelijk een BdS is. Er wordt immers voornamelijk verwezen naar voorwaarden waaraan het BdS moet voldoen opdat het realiseren van een veiligheidscultuur mogelijk is. Zo wordt in verschillende bronnen de aandacht gevestigd op het feit dat er een 'blame-free environment' gecreëerd dient te worden opdat een veiligheidscultuur bestaanskracht kan hebben (Shojania et al., 2001). Het proces ter ontwikkeling van een veiligheidscultuur houdt dan uiteraard ook in dat de bestaande boundary systems van ziekenhuizen grondig herbekeken dienen te worden, hetgeen bevestigd wordt door Marx (2001). Dit wijst echter reeds op het feit dat het proces op zichzelf geen BdS is en, voor zover het kan vergeleken worden met een subsysteem van Simons (1995), enkel als een beliefs system beschouwd kan worden.

Het kunnen melden van (bijna-)incidenten zonder de kans op strafmaatregelen is één van de belangrijkste kenmerken van een 'blame-free environment' (Shojania et al., 2001). Het is dan ook vanzelfsprekend dat een incidentmeldingssysteem niet als een BdS beschouwd kan worden. Een belangrijk onderdeel van een BdS is immers juist wel het opleggen van sancties bij overtreding van welbepaalde regels (Simons, 1995). Ook de andere onderdelen van een VMS lijken geen overeenkomsten met boundary systems te vertonen.

Er kan besloten worden dat een VMS op zichzelf geen BdS omvat. Wel beschrijft de literatuur voorwaarden waaraan de boundary systems van een ziekenhuis dienen te voldoen opdat het VMS een effectieve werking kan hebben. Een wederzijdse afstemming tussen het VMS en het algemene MCS blijkt dan ook noodzakelijk.

### 3.3 Diagnostic Control System

Zoals eerder gemeld, bestaat het diagnostic control system (DCS) uit formele informatiesystemen die managers gebruiken om prestaties te beoordelen en bij te sturen. Hierbij zijn de belangrijkste onderscheidende kenmerken de volgende (Simons, 1995):

- De mogelijkheid dient te bestaan om de resultaten van een proces te meten;
- Er dienen vooraf bepaalde standaarden te bestaan waarmee de werkelijke resultaten vergeleken kunnen worden;
- Het corrigeren van afwijkingen moet mogelijk zijn.

Meer specifiek zullen diagnostic control systems critical performance variables trachten te meten via indicatoren om zo 'management by exception' toe te laten. Zowel efficiëntie- als effectiviteitscriteria kunnen gebruikt worden bij de selectie van deze variabelen (Anthony, 1988, in Simons, 1995). Daarnaast moeten volgens o.a. Lorange en Scott Morton (1974, in Simons, 1991) zeker niet alleen financiële maatstaven in overweging worden genomen. Ten slotte blijken ook incentives zeer belangrijk bij diagnostic control systems (Simons, 1995).

#### 3.3.1 Patiëntveiligheidsindicatoren

Het onderdeel van een VMS dat een volledige vergelijking met een DCS toelaat, is het systeem dat gebruik maakt van patiëntveiligheidsindicatoren om de kwaliteit van de zorg te meten. Een eerste belangrijke aanwijzing hiervoor is de vergelijking van patiëntveiligheidsindicatoren met de wijzertjes in de cockpit van een vliegtuig die op het eerste zicht overbodig lijken maar des te belangrijker worden wanneer ze beginnen te bewegen (Strategische Werkgroep voor Patiëntveiligheid van de Nationale Begeleidingscommissie voor Ziekenhuisperformantie, z.d.). Dit wijst immers duidelijk op het concept 'management by exception' en ook Simons (1995) maakt deze vergelijking in zijn uiteenzetting over diagnostic control systems. Ook andere grote overeenkomsten kunnen gevonden worden tussen beide systemen, te beginnen met het gemeenschappelijke gebruik van de term 'indicatoren'. Daarnaast stellen zowel Simons (1995) als de Division of Country Health Systems van de WHO (2007) dat indicatoren zowel betrekking kunnen hebben op de effectiviteit als de efficiëntie van een proces. Verder worden er in het rapport van de WHO zowel voorbeelden van financiële als van niet-financiële maatstaven gegeven. Ook dit is in lijn met de invulling van de huidige diagnostic control systems.

De eerder vermelde onderscheidende kenmerken van een DCS kunnen ook in grote mate teruggevonden worden in de literatuur over patiëntveiligheidsindicatoren. Zo kan er van uitgegaan worden dat de mogelijkheid bestaat om de resultaten van het zorgproces te meten aangezien deze indicatoren juist een permanente meting van het niveau van patiëntveiligheid, het resultaat,

moeten toelaten (Strategische Werkgroep voor Patiëntveiligheid van de Nationale Begeleidingscommissie voor Ziekenhuisperformantie, z.d.). Ook wordt er in ruime mate verwezen naar de vooraf bepaalde standaarden waarmee de werkelijke resultaten vergeleken kunnen worden. Zo kunnen de eigen historische data hiervoor gebruikt worden alsook de resultaten van gelijkaardige instellingen (peers) (Copnell, Hagger, Wilson, Evans, Sprivulis & Cameron, 2009). Ten slotte worden patiëntveiligheidsindicatoren gebruikt om o.a. kwaliteitsverbeteringen te promoten (Copnell et al., 2009), hetgeen impliceert dat het corrigeren van afwijkingen mogelijk is.

Naast deze duidelijke overeenkomsten, is er ook een kenmerk van diagnostic control systems dat niet geheel teruggevonden kan worden in de literatuur over patiëntveiligheidsindicatoren. Meer bepaald gaat het over het gebruik van incentives. Hoewel Simons (1995) dit als een belangrijk onderdeel van een DCS beschouwt, wordt er in de literatuur over veiligheidsmanagementsystemen nauwelijks naar verwezen. Toch kan dit, mijns inziens, niet tot gevolg hebben dat de vergelijking tussen beide systemen niet meer opgaat. Simons (1995) stelt immers duidelijk dat niet noodzakelijk financiële incentives gebruikt moeten worden aangezien niet-financiële incentives (zoals prestige, erkenning, geloofwaardigheid, etc.) even belangrijk kunnen zijn. De loutere communicatie van de behaalde resultaten binnen een ziekenhuis zouden op deze manier dan ook reeds als een incentive beschouwd kunnen worden. Er kan dan ook verwacht worden dat deze incentives toch wel hun plaats hebben binnen dit onderdeel van een VMS, ook al wordt dit niet expliciet vermeld in de literatuur.

### 3.3.2 De patiënt als partner

Een tweede onderdeel van een VMS, het beschouwen van de patiënt als partner, lijkt ook heel wat overeenkomsten met een DCS te bevatten. Zo stellen Vincent en Coulter (2002) dat patiënten voor een groot aantal klinische taken zelf kunnen controleren of de uitgevoerde zorg in overeenstemming is met de vooropgestelde kwaliteitsstandaarden. Dit impliceert reeds twee voorwaarden van een DCS, namelijk het bestaan van de mogelijkheid om de resultaten van een proces te meten en de aanwezigheid van vooropgestelde standaarden waarmee de werkelijke resultaten vergeleken kunnen worden. Daarnaast geven Vincent en Coulter (2002) duidelijk aan dat patiënten hun bevindingen of bezorgdheden onmiddellijk dienen te melden aan de desbetreffende zorgverlener om zo de kwaliteit van hun eigen zorg te garanderen. Dit veronderstelt dan ook dat het corrigeren van afwijkingen mogelijk is, het derde onderscheidende kenmerk van een DCS. Hoewel niet rechtstreeks wordt verwezen naar critical performance variables, kan er wel van uitgegaan worden dat de naar de patiënten gecommuniceerde standaarden betrekking hebben op deze variabelen. Daarnaast kan afgeleid worden dat voornamelijk effectiviteitscriteria gebruikt werden bij de keuze van deze variabelen aangezien deze

dienen voor het garanderen van de eigen zorg. Dit doel, het garanderen van de eigen zorg, heeft ook tot gevolg dat enkel niet-financiële maatstaven in overweging worden genomen.

Ondanks de vele overeenkomsten tussen dit onderdeel van een VMS en een DCS, gaat de vergelijking niet volledig op. Zo wordt ook voor dit onderdeel niet verwezen naar het gebruik van incentives. Toch kan ook dit, omwille van dezelfde reden als bij de patiëntveiligheidsindicatoren, niet leiden tot de conclusie dat het beschouwen van de patiënt als partner niet als een DCS gezien kan worden. Zo zou de geloofwaardigheid naar de patiënt toe een sterke incentive kunnen zijn om te handelen naar de vooropgestelde kwaliteitsstandaarden, zeker indien deze standaarden naar de patiënt gecommuniceerd werden. Daarnaast wijzen Vincent en Coulter (2002) op nog een ander aspect van dit onderdeel van een VMS dat moeilijker in overeenstemming te brengen is met een DCS. Zo wordt er o.a. verwezen naar de aanbeveling dat patiënten zich deels zelf zouden moeten informeren om een beredeneerde beslissing te kunnen nemen met betrekking tot de keuze van een zorgverlener. Hoewel dit aspect wel gedeeltelijk als een controlemechanisme beschouwd zou kunnen worden, hetgeen in het volgende hoofdstuk verder toegelicht zal worden, lijkt het zeker geen deel uit te maken van een DCS. Zelfs het gebruik als controlemechanisme in het algemeen zou in vraag gesteld kunnen worden. De aanbeveling die Vincent en Coulter (2002) geven, lijkt immers meer betrekking te hebben op een relatie tussen een klant en leverancier. Het beschouwen van de patiënt als partner zou in zijn geheel misschien zelfs als een uitgebouwde klant-leveranciersrelatie gezien kunnen worden. Aangezien beide benaderingen verdedigbaar zijn, zal de keuze van één benadering sowieso niet de volledige problematiek belichten. Toch zal er voor het verdere verloop van deze studie voornamelijk uitgegaan worden van de eerste benadering. Het doel van dit werk is immers een analyse van het MCS van een ziekenhuis waardoor we dan ook alle aspecten van dit systeem onder de loep willen nemen. De onderdelen die eerder toehoren aan Supply Chain Management vormen dan ook geen studieobject voor dit onderzoek hoewel de erkenning van het bestaan ervan uiteraard belangrijk is.

### 3.3.3 Conclusie

Het gebruik van patiëntveiligheidsindicatoren stemt duidelijk overeen met een DCS. Ook het beschouwen van de patiënt als partner blijkt duidelijke overeenkomsten met dit systeem te bevatten, hoewel ze niet zo eenduidig zijn als bij de patiëntveiligheidsindicatoren. Voor de andere onderdelen van een VMS lijkt een vergelijking met het DCS niet op te gaan.

### 3.4 Interactive Control System

Uit de omschrijving van het interactive control system (ICS) kunnen reeds heel wat kenmerken afgeleid worden. Zo gaat het om een toekomstgericht systeem waarbij leren het uiteindelijke doel vormt. Het middel om dit doel te bereiken, is het delen en communiceren van voldoende informatie over de hele organisatie. Ook is het belangrijk dat de focus ligt op een analyse van de processen die leiden tot de resultaten en niet op de resultaten zelf. (Simons, 1995)

Naast een ruime omschrijving, geeft Simons (1995) ook nog enkele specifieke voorwaarden weer waaraan voldaan moet worden opdat een systeem interactief gebruikt kan worden. In de volgende paragrafen zal meer uitleg gegeven worden over deze voorwaarden, daarom beperken we ons hier louter tot een korte opsomming:

- Er dient sprake te zijn van een open cultuur in de organisatie
- Een focus op veranderingspatronen dient mogelijk te zijn
- De gegenereerde informatie moet eenvoudig te begrijpen zijn
- Het systeem wordt gebruikt door een brede waaier van medewerkers
- Het systeem moet leiden tot acties
- De gegenereerde informatie dient gerelateerd te zijn aan strategische onzekerheden

#### 3.4.1 Meldingssystemen

Een eerste belangrijk kenmerk en tevens het doel van een ICS vormt de focus op het leerproces (Simons, 1995). Uit een tweede basisvereiste uit de eerder vermelde briefing van het National Patient Safety Agency van de NHS (2008), blijkt deze focus op het leerproces ook voor rapporteringssystemen te gelden. Ook de NFU<sup>1</sup> (2006) en Legemaate et al. (2006) bevestigen dat het leren van incidenten ter verbetering van de patiëntveiligheid het centrale doel dient te zijn van meldingssystemen. Dit impliceert uiteraard ook toekomstgerichtheid, een tweede belangrijk kenmerk van een ICS (Simons, 1995). Deze toekomstgerichtheid wordt dan ook nadrukkelijk verwoord door Legemaate et al. (2006) door te stellen dat het gebruikmaken van informatie uit meldingssystemen aanleiding dient te geven tot het opstellen van maatregelen die zullen leiden tot een vermindering of voorkoming van (bijna-)fouten in de toekomst.

Over de stelling van Simons (1995) dat leren enkel mogelijk is indien er voldoende informatie gedeeld en gecommuniceerd wordt, worden ook in de literatuur over meldingssystemen vele pagina's gewijd. Zo wordt in de meeste gevallen steeds verwezen naar de impact op de meldingsbereidheid bij het implementeren van nieuwe regels of procedures. De belangrijkste

---

<sup>1</sup> Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra

voorwaarde voor een degelijke meldingsbereidheid is echter ook af te leiden uit het werk van Simons (1995) zelf. Meer bepaald gaat het hier over het bestaan van een open cultuur in de organisatie die volgens hem onontbeerlijk is voor een goede werking van het ICS. Het belang van de cultuur komt dan ook in sterke mate tot uiting in de literatuur over rapporteringssystemen. Zo stellen Legemaate et al. (2006) letterlijk dat het creëren, stimuleren en in stand houden van een open cultuur of veiligheidscultuur van grote betekenis is voor de effectiviteit en zinvolheid van meldingssystemen. Deze cultuur wordt volgens hen gekenmerkt door openheid en transparantie waarbij het melden en bespreken van incidenten, evenals het leren uit deze incidenten, als vanzelfsprekend gezien kan worden. Hiervoor is "een klimaat van vertrouwen [vereist] waarin het melden van informatie die van belang is voor de veiligheid wordt beloond en niet bestraft" (Legemaate et al., 2006, p.26). Verschillende van deze kenmerken worden ook door Simons (1995) naar voren gebracht. Zo maakt ook hij melding van het feit dat constructieve besprekingen noodzakelijk zijn en dat medewerkers zich bedreigd kunnen voelen door een ICS indien er geen klimaat van vertrouwen heerst. Ten slotte wijst hij ook op het belang van positieve incentives bij de implementatie van een ICS.

Een volgend belangrijk kenmerk van een ICS, de gerichtheid op processen (Simons, 1995), komt ook in grote mate voor in de literatuur over meldingssystemen. Zo wordt door vele auteurs bevestigd dat incidentmeldingssystemen voornamelijk toegespitst zijn op het blootleggen van problemen die het gevolg zijn van gebreken in het zorgproces en niet op problemen die veroorzaakt worden door een individueel falen (Legemaate et al., 2006). Anders geformuleerd vormt het doel van een rapporteringssysteem dan ook "het [verhogen] van de kwaliteit van processen binnen de instelling" (Legemaate et al., 2006, p.48).

Met betrekking tot de voorwaarden waaraan voldaan moet worden opdat een systeem interactief gebruikt kan worden, werd een eerste, het bestaan van een open cultuur in de organisatie, reeds besproken. Een volgende voorwaarde is de focus op veranderingspatronen. Hieromtrent stelt Simons (1995) dat resultaten vergeleken dienen te worden met de verwachtingen waarbij significante afwijkingen moeten leiden tot een zoektocht naar de oorzaken. Aangezien een incident vanzelfsprekend een afwijking is van de verwachting en de World Alliance For Patient Safety (2005) aangeeft dat de melding van een (bijna-)incident zou moeten leiden tot een diepgaand onderzoek naar het onderliggende systeemfalen, kan besloten worden dat aan deze voorwaarde voldaan is.

Omtrent de voorwaarde dat de gegenereerde informatie eenvoudig te begrijpen moet zijn (Simons, 1995), blijft de literatuur over meldingssystemen relatief stilzwijgend. Hierin wordt namelijk vooral aandacht besteed aan het vereenvoudigen van de invulprocedure voor de melder. Legemaate et al. (2006) geven echter wel aan dat deze vereenvoudiging ook tot gevolg heeft dat het verwerken van de gegevens wordt vergemakkelijkt.

Aan de voorwaarde dat het systeem niet enkel gebruikt dient te worden door het topmanagement maar door een brede waaier van gebruikers (Simons, 1995), wordt wel op een duidelijke manier voldaan. Zo kwam uit een bevraging van deskundigen op het gebied van patiëntveiligheid naar voren dat alle beroepsgroepen binnen een ziekenhuis aan de meldingssystemen zouden moeten deelnemen (Legemaate et al., 2006). Daarnaast beveelt De Bekker (2006, in Legemaate et al., 2006) aan dat diegene die de fout maakt ook de fout meldt. Ook dit impliceert dat alle medewerkers van een zorginstelling mogelijke melders zijn die gebruik dienen te maken van het systeem.

Hoewel, zoals reeds vermeld, de focus op het leerproces centraal staat bij een ICS, stelt Simons (1995) duidelijk dat dit leerproces moet leiden tot acties. Het feit dat het verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg het centrale doel vormt van een meldingssysteem (Legemaate et al., 2006), impliceert ook het nemen van acties bij deze systemen. Dit wordt bevestigd door van der Schaaf en Habraken (2005) die in hun omschrijving van de PRISMA-methode<sup>1</sup>, een methode die toegepast kan worden voor de analyse van incidenten, het vertalen naar structurele maatregelen als een laatste stap van het proces weergeven.

De laatste voorwaarde die vervuld dient te zijn opdat een systeem interactief gebruikt kan worden, is de focus op strategische onzekerheden. Simons (1995) omschrijft deze als de onzekerheden die de huidige strategie van de onderneming kunnen bedreigen of ontkrachten. Dergelijke onzekerheden kunnen betrekking hebben op de percepties van consumenten (en in dit geval patiënten), reacties van concurrenten, wijzigingen in de technologie, regelgeving van de overheid, etc.. Hoewel in de literatuur over meldingssystemen niet wordt verwezen naar het begrip 'strategische onzekerheden', kan er wel geconcludeerd worden dat de gegenereerde informatie gerelateerd is aan strategische onzekerheden. Aangezien patiëntveiligheid deel uitmaakt van de core business van een ziekenhuis, kan er zelfs gesteld worden dat patiëntveiligheid gerelateerd is aan bijna alle strategische onzekerheden van een ziekenhuis.

Uit bovenstaande vergelijking van de literatuur over rapporteringssystemen met de invulling die Simons geeft aan een ICS, blijkt duidelijk dat een rapporteringssysteem beschouwd kan worden als een ICS.

---

<sup>1</sup> PRISMA staat voor Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis waarbij het belangrijkste doel van de methode het opbouwen van een kwantitatieve database van incidenten en procesafwijkingen vormt, zodat conclusies kunnen worden getrokken ten aanzien van optimale verbetermaatregelen (van Vuuren et al., 1997, in van der Schaaf & Habraken, 2005).



### 3.4.2 Prospectieve risicoanalyses

Ook voor de prospectieve risicoanalyse wordt nagegaan of de voorwaarden en kenmerken vergelijkbaar zijn met die van een ICS. Aangezien de meeste literatuur in verband met risicoanalyses handelt over specifieke analysemethoden, werden hieruit dan ook voornamelijk de voorwaarden en kenmerken afgeleid. Vooral literatuur met betrekking tot de gekende 'Healthcare Failure Mode and Effect Analysis' (HFMEA<sup>®</sup>) werd in deze studie gebruikt.

Het eerste belangrijke kenmerk van een ICS, de focus op het leerproces, is ook bij prospectieve risicoanalyses terug te vinden. Zo omschrijven Stalhandske, DeRosier, Wilson en Murphy (2009) HFMEA als een methode voor het identificeren en analyseren van zwakheden in het systeem om deze te verbeteren alvorens ze tot (bijna-)incidenten kunnen leiden. Identificatie en analyse kan hierbij uiteraard beschouwd worden als een leerproces. Daarnaast kan uit de omschrijving van Stalhandske et al. (2009) ook afgeleid worden dat het systeem gericht is op de toekomst. De term 'prospectieve risicoanalyse' indiceert uiteraard op zichzelf ook al duidelijk deze toekomstgerichtheid. DeRosier, Stalhandske, Bagian en Nudell (2002) verwijzen vervolgens ook duidelijk naar de focus op processen door letterlijk te stellen dat HFMEA gebruikt wordt voor het proactief evalueren van processen in de gezondheidszorg.

De meeste voorwaarden waaraan volgens Simons voldaan moet worden opdat een systeem interactief gebruikt kan worden, vinden we ook terug in de literatuur over prospectieve risicoanalyses. Zo werkt men bij HFMEA in multidisciplinaire teams (Stalhandske et al., 2009) waardoor het delen en communiceren van informatie ook hier een noodzakelijke voorwaarde vormt opdat een prospectieve risicoanalyse zou kunnen slagen in zijn opzet. Hoewel verwacht kan worden dat, net zoals bij meldingssystemen, de vervulling van deze voorwaarde sterk samenhangt met de heersende cultuur in een organisatie, wordt hieraan minder aandacht besteed in de literatuur over prospectieve risicoanalyses. Toch wijzen Leistikow, Kessels-Habraken en de Bruijn (2009) op een bedreiging die ook door Simons wordt aangehaald indien er geen open cultuur heerst in de organisatie. Zo stelt Simons (1995) dat medewerkers die deel uitmaken van het ICS zich bedreigd kunnen voelen door de interesse en participatie van het topmanagement bij de afwezigheid van een open cultuur. Sterk gelijkend stellen Leistikow et al. (2009) daarnaast dat deelname aan een risicoanalyse ertoe kan leiden dat zorgprofessionals het gevoel krijgen dat de beleidsstaf zich inhoudelijk met hun werkterrein bemoeit. Ook vermelden ze letterlijk dat een prospectieve analyse bedreigend kan zijn voor de deelnemers aangezien ze zich kwetsbaar zullen moeten opstellen.

De focus op veranderingspatronen is minder zichtbaar dan bij meldingssystemen hoewel deze veranderingspatronen wel een indirecte rol spelen bij de keuze van het analyseobject. Zo beveelt de Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, in DeRosier et al.,

2002) aan om gebruik te maken van informatie met betrekking tot ernstige (bijna-)incidenten uit gelijkaardige organisaties om een keuze te maken over welk proces geanalyseerd dient te worden.

De voorwaarde dat de gegenereerde informatie eenvoudig te begrijpen moet zijn (Simons, 1995), wordt ook benadrukt door DeRosier et al. (2002) voor prospectieve risicoanalyses. Zo raden ze aan om de analyse van een proces op te delen in verschillende stappen waarin telkens een bepaald deel van het proces geanalyseerd wordt. Indien nodig kan het zelfs nuttig zijn de analyse te beperken tot één specifiek deel van het proces zodat het team niet overweldigd wordt.

Aangezien er bij HFMEA gebruik wordt gemaakt van multidisciplinaire teams (Stalhandske et al., 2009), wordt logischerwijze ook voldaan aan de voorwaarde dat niet enkel het topmanagement gebruik dient te maken van het systeem. Afhankelijk van het aantal, de grootte en de indeling van de teams die prospectieve risicoanalyses uitvoeren, lijkt echter niet steeds voldaan te zijn aan de voorwaarde dat het systeem door een brede waaier van medewerkers gebruikt moet worden. Hierbij kan opgemerkt worden dat de informele communicatiekanalen die bestaan tussen de teamleden en hun collega's wellicht toch voor een brede basis aan input voor de analyse zorgen. Met dit informele gebruik zou dan ook rekening moeten worden gehouden om te bepalen of aan de gestelde voorwaarde van Simons wordt voldaan, hetgeen uiteraard geen gemakkelijke opgave is.

Dat een prospectieve risicoanalyse moet leiden tot acties is vanzelfsprekend. Verschillende auteurs, waaronder Stalhandske et al. (2009) en DeRosier et al. (2002), zien het nemen van acties dan ook als een laatste stap van het HFMEA-proces.

Ten slotte kan, omwille van dezelfde reden als bij een meldingssysteem, besloten worden dat de informatie van een prospectieve risicoanalyse gerelateerd is aan strategische onzekerheden, een laatste voorwaarde van een ICS die door Simons (1995) wordt aangehaald.

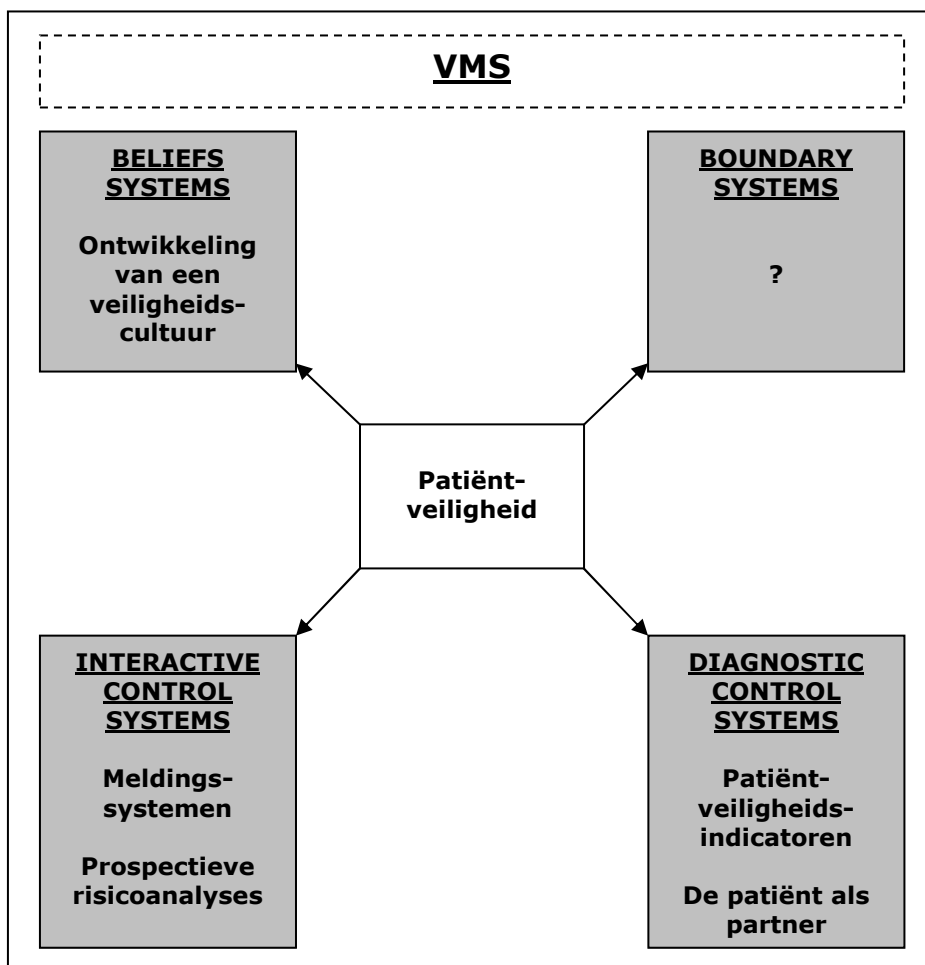
De voorgaande vergelijkingen laten toe ook de prospectieve risicoanalyse als een ICS te beschouwen. Hoewel bij deze analyse voornamelijk gebruik werd gemaakt van artikels over HFMEA, blijven de achterliggende principes en doelstellingen ook voor andere methoden gelijkaardig waardoor deze veralgemening, mijns inziens, niet tot een foutieve conclusie leidt.

### 3.4.2 Conclusie

Zowel incidentmeldingssystemen als prospectieve risicoanalyses blijken interactive control systems te zijn. De andere onderdelen van een VMS lijken geen of nauwelijks overeenkomsten met dit systeem te omvatten.

### 3.5 Algemene conclusie

De voorgaande analyse laat toe een VMS voor te stellen zoals op onderstaande figuur weergegeven. Zo kan de ontwikkeling van een veiligheidscultuur vergeleken worden met een beliefs system. Het beschouwen van de patiënt als partner en het gebruik van patiëntveiligheidsindicatoren lijken daarnaast het meest vergelijkbaar te zijn met een diagnostic control system. Ten slotte blijken de incidentmeldingssystemen en de prospectieve risicoanalyses interactive control systems te zijn. Geen enkel onderdeel van een VMS lijkt als een boundary system beschouwd te kunnen worden. Een samenvatting van de vergelijkende studie kan in tabel 1 teruggevonden worden.



Figuur 3: VMS als MC

Tabel 1: VMS als MC

Simons		VMS			
Onderdeel	Kenmerk (Simons, 1995)	Ontwikkeling veiligheids-cultuur	Patiëntveiligheids-indicatoren	Aanwezigheid van kenmerk bij onderdeel (X)	Prospectieve risico-analyses
				De patiënt als partner	Incidentmeldings-systemen
Beliefs System (BIS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dient motiverend en inspirerend te zijn.</li> <li>Communicatie is zeer belangrijk.</li> <li>Betrokkenheid topmanagement is noodzakelijk.</li> <li>Heeft invloed op organisatiecultuur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>X (NHS, 2008)</li> <li>X (Kotter, 1990)<sup>1</sup></li> <li>X (Kotter, 1990)</li> <li>X (McFadden<sup>2</sup>)</li> </ul>			
Boundary System (BdS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bestaat uit grenzen en limieten.</li> <li>Oplegging sancties bij overtreding grenzen.</li> <li>Heeft invloed op organisatiecultuur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(X)</li> </ul>			
Diagnostic Control System (DCS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maaft 'management by exception' mogelijk.</li> <li>Maken gebruik van indicatoren.</li> <li>Indicatoren kunnen betrekking hebben op zowel de effectiviteit als de efficiëntie van een proces.</li> <li>Zowel financiële als niet-financiële maatstaven.</li> <li>Moet de resultaten van processen kunnen meten.</li> <li>Zullen critical performance variables meten.</li> <li>Standaarden dienen te bestaan waarmee de werkelijke resultaten vergeleken kunnen worden.</li> <li>Corrigeren van afwijkingen moet mogelijk zijn.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>X (SWP<sup>3</sup>, z.d.)</li> <li>X</li> <li>X (DCHS<sup>4</sup>, 2007)</li> <li>X (DCHS, 2007)</li> <li>X (SWP, z.d.)</li> <li>X</li> <li>X (Copnell et al.<sup>5</sup>, 2009)</li> <li>X (Copnell et al., 2009)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>X</li> <li>X</li> <li>Vooral effectiviteit</li> <li>Enkel niet-financiële</li> <li>X (Vincent &amp; Coulter, 2002)</li> <li>X</li> <li>X (Vincent &amp; Coulter, 2002)</li> <li>X (Vincent &amp; Coulter, 2002)</li> </ul>	
Interactive Control System (ICS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gebruik van incentives is belangrijk.</li> <li>Leren vormt het uiteindelijke doel.</li> <li>Het is een toekomstgericht systeem.</li> <li>Focus ligt op analyse van processen i.p.v. resultaten.</li> <li>Deelt en communiceert informatie.</li> <li>Generereerde informatie moet eenvoudig zijn.</li> <li>Informatie is gerelateerd aan strategische onzekerheden.</li> <li>Focus op veranderingspatronen is mogelijk.</li> <li>Moet gebruikt worden door een brede waaijer van medewerkers.</li> <li>Moet leiden tot acties.</li> <li>Aanwezigheid van open cultuur is noodzakelijk.</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>X (NFU<sup>6</sup>, 2002)</li> <li>X (Legemaate<sup>7</sup>)</li> <li>X (Legemaate)</li> <li>X</li> <li>X (Legemaate)</li> <li>X</li> <li>X</li> <li>X (WAPS<sup>8</sup>, 2005)</li> <li>X (De Bekker, 2006)<sup>9</sup></li> <li>X (v.d. Schaaf &amp; Habraken, 2005)</li> <li>X (Legemaate)</li> <li>X (Stalhandske<sup>10</sup>)</li> <li>X (Stalhandske)</li> <li>X (DeRosier<sup>11</sup>)</li> <li>X (Stalhandske)</li> <li>X (DeRosier)</li> <li>X</li> <li>X (JCAHO<sup>12</sup>)</li> <li>X (Stalhandske)</li> <li>X (Stalhandske)</li> <li>X (Leistikow<sup>13</sup>)</li> </ul>

<sup>1</sup> In McFadden, Henagan & Gowen (2009)

<sup>2</sup> McFadden, Henagan & Gowen (2009)

<sup>3</sup> Strategische Werkgroep voor Patiëntveiligheid van de Nationale Begeleidingscommissie voor Ziekenhuisperformantie

<sup>4</sup> Division of Country Health Systems (WHO)

<sup>5</sup> Copnell, Hagger, Wilson, Evans, Sprivilis & Cameron

<sup>6</sup> Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra

<sup>7</sup> Legemaate, Christiaans-Dingelhoff, Doppigier & de Roode (2006)

<sup>8</sup> World Alliance For Patient Safety

<sup>9</sup> In Legemaate et al. (2006)

<sup>10</sup> Stalhandske, DeRosier, Wilson & Murphy (2009)

<sup>11</sup> DeRosier, Stalhandske, Bagian & Nudell (2002)

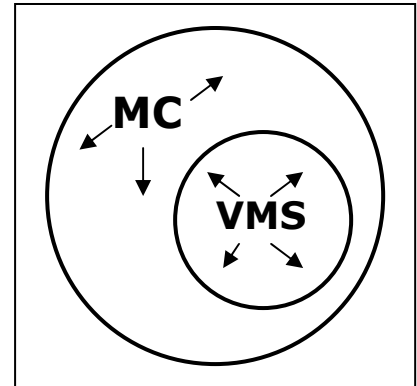
<sup>12</sup> Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations, in DeRosier et al. (2002)

<sup>13</sup> Leistikow, Kessels-Habraken & de Bruijn (2009)

## 4 Effectiviteit van een VMS

In dit hoofdstuk zal een antwoord gegeven worden op de tweede deelvraag, met name: *Werkt een VMS op een effectieve manier?*

Hoewel er omtrent dit vraagstuk reeds heel wat onderzoek verricht is, biedt het werk van Simons (1995) de mogelijkheid om dit onderzoek vanuit een ander standpunt te bekijken. Zo kunnen o.a. de wisselwerkingen tussen de onderdelen van een VMS op een meer abstracte manier bestudeerd worden door zijn model als basis te gebruiken. Daarnaast zullen ook enkele voorwaarden die gesteld worden aan een VMS verklaard kunnen worden vanuit zijn model.



Figuur 4: Focus deelvraag 2

Aangezien Simons (1995) per subsysteem enkele aandachtspunten vooropstelt waaraan voldaan dient te zijn, zal nagegaan worden in welke mate de onderdelen van een VMS aan deze aandachtspunten voldoen. Hiervoor zal gesteund worden op de indeling die uit het vorige hoofdstuk voortvloeide.

### 4.1 Beliefs System

Het enige onderdeel van een VMS dat als een beliefs system (BIS) beschouwd kan worden, is het systeem ter ontwikkeling van een veiligheidscultuur. In deze paragraaf zal dan ook nagegaan worden in welke mate dit onderdeel voldoet aan de aandachtspunten die betrekking hebben op een BIS. Een eerste belangrijk aandachtspunt dat door Simons (1995) benadrukt wordt, vloeit voort uit de motiverende en inspirerende rol die dit systeem dient op te nemen. Zo verwijst hij naar Kotter (1990, in Simons, 1995) die stelt dat een visie enkel tot motivatie kan leiden indien ze zich richt op de waarden van de medewerkers. Daarnaast moet het voor iedere individuele medewerker mogelijk zijn om te kunnen afleiden hoe hij of zij kan bijdragen tot de realisatie van deze visie (Kotter, 1990, in Simons, 1995). Gegeven de grote verscheidenheid aan partijen die deel uitmaken van een ziekenhuis, lijkt het opstellen van een dergelijke visie dan ook een bijzonder moeilijke opdracht. Toch lijkt de inhoud van een VMS dit probleem op een effectieve manier aan te pakken. De ontwikkeling van een veiligheidscultuur houdt immers in dat er een omschakeling van een persoonsbenadering naar een systeembenadering plaatsvindt (Hellings & Vleugels, 2007). Het feit dat patiëntveiligheid beschouwd wordt als een systeemverantwoordelijkheid heeft dan ook als gevolg dat elk onderdeel van dit systeem kan bijdragen aan deze veiligheid. Ook aan de voorwaarde dat het systeem zich dient te richten op de waarden van de medewerkers lijkt voldaan. Hoewel Abernethy en Stoelwinder (1990) stellen dat de waarden van professionele werknemers

(waaronder o.a. artsen) vaak conflicteren met de organisationele waarden, lijkt dit voor patiëntveiligheid immers niet het geval te zijn. Patiëntveiligheid zou daarentegen juist beschouwd kunnen worden als een professionele waarde die nu naar het organisationele niveau getransponeerd werd.

#### **4.2 Boundary System**

Uit het vorige hoofdstuk bleek dat een VMS op zichzelf geen boundary system (BdS) omvat. Toch lijkt de aanwezigheid van een dergelijk systeem noodzakelijk in een ziekenhuis. Vooral de nood aan business conduct boundaries lijkt hoog te zijn. Simons (1995) stelt immers dat deze boundaries belangrijk zijn indien de omgevingsonzekerheid hoog is of het interne vertrouwen laag, hetgeen kan leiden tot individualistisch gedrag dat het belang van de onderneming overstijgt. Van een hoge omgevingsonzekerheid is zeker en vast sprake in de medische sector. Zo wijzigt de regelgeving op regelmatige wijze, leidt onderzoek tot steeds nieuwe mogelijkheden en zijn er dagelijks nieuwe dreigingen en uitdagingen.

Als mogelijke oorzaken van een laag intern vertrouwen wijst Simons (1995) op een gebrek aan gedeelde ervaring, een hoge heterogeniteit onder de medewerkers of het feit dat het om een los aan elkaar gekoppelde onderneming gaat waarbij gemeenschappelijke waarden niet vanzelfsprekend zijn. Binnen een ziekenhuis lijkt aan al deze voorwaarden voldaan. In eerste instantie kan er gesproken worden van een hoge heterogeniteit onder de medewerkers. In een ziekenhuis worden immers niet alleen artsen en verplegers tewerkgesteld, maar ook economen, sociologen, psychologen, administratieve bedienden, arbeiders, etc.. Daarnaast hebben de meeste medewerkers hun eigen specifieke specialisatie, zelfs binnen eenzelfde groep, waardoor er slechts in heel beperkte mate sprake is van gedeelde ervaringen. Ten slotte bestaat een ziekenhuis vaak uit verschillende afdelingen die in grote mate onafhankelijk zijn van elkaar. De veronderstelling dat alle afdelingen dezelfde waarden nastreven is dan ook een zeer optimistische veronderstelling.

Toch zal net van deze veronderstelling uitgegaan worden bij de opzet van een VMS. Op zich lijkt dit ook geen onterechte veronderstelling. Een VMS is immers opgebouwd rond één centrale waarde, namelijk patiëntveiligheid (Diekstra, in van Antwerpen, 2009). Aangezien dit, zoals reeds gemeld, een waarde lijkt te zijn die ook door professionele medewerkers hoog in het vaandel wordt gedragen, kan dan ook verondersteld worden dat alle afdelingen deze waarde nastreven. Toch dient hierbij herhaald te worden dat de focus van dit hoofdstuk ligt op een analyse van het VMS op zichzelf. Het is dan ook maar de vraag of deze veronderstelling geldig blijft indien de analyse van het VMS uitgebreid wordt door ook de interactie met het algemene management control system in beschouwing te nemen.

Naast business conduct boundaries maakt Simons (1995) ook melding van strategic boundaries. In de literatuur over veiligheidsmanagementsystemen wordt echter niet naar deze grenzen verwezen. Er zou dan ook verwacht kunnen worden dat de zoektocht naar nieuwe mogelijkheden om patiëntveiligheid in grotere mate te kunnen garanderen tot een te grote verspilling van resources leidt. Toch vullen andere onderdelen van een VMS deze schijnbare leegte in zekere zin op. Dankzij prospectieve risicoanalyses kan immers ex ante bepaald worden welke procesmankementen dringend opgelost dienen te worden en welke minder van belang zijn. Daarnaast geven incidentmeldingssystemen en het gebruik van patiëntveiligheidsindicatoren ook duidelijk aan op welke problemen de aandacht moet gevestigd worden. Deze systemen zorgen er, samen met een gerichte analyse die meestal in teamverband plaatsvindt, dan ook voor dat een verkwisting van resources voorkomen wordt. Voor de meldingssystemen wordt dit o.a. bevestigd door van der Schaaf en Wright (2005) aangezien ze stellen dat deze systemen een basis kunnen vormen voor de beslissing over waar resources het best geïnvesteerd worden om patiëntveiligheid op een zo efficiënt mogelijke manier te kunnen verbeteren.

Hoewel het gebrek aan een BdS op het eerste zicht geen belemmering lijkt te vormen voor de globale werking van een VMS, mag niet besloten worden dat het opnemen van een BdS geen significante meerwaarde zou vormen. Verschillende onderdelen van een VMS zouden immers op een effectievere manier kunnen werken, moesten ze ondersteund worden door bepaalde boundaries. Dit zal verder blijken uit de volgende paragrafen.

### **4.3 Diagnostic Control System**

#### **4.3.1 Patiëntveiligheidsindicatoren**

Het gebruik van patiëntveiligheidsindicatoren bleek duidelijk als een diagnostic control system (DCS) beschouwd te kunnen worden. Toch blijken er nog heel wat sluimerende tekortkomingen in dit onderdeel van een VMS te bestaan die de effectiviteit ervan zouden kunnen ondermijnen. De door Simons (1995) omschreven aandachtspunten zullen ons toelaten deze tekortkomingen op een gestructureerde wijze weer te geven.

Een eerste tekortkoming heeft betrekking op de onderscheidende kenmerken van een DCS. Hoewel uit het vorige hoofdstuk bleek dat deze kenmerken ook teruggevonden kunnen worden bij het gebruik van patiëntveiligheidsindicatoren, dient toch de vraag worden gesteld in welke mate dit onderdeel werkelijk aan deze kenmerken voldoet. Theoretisch zou men immers bepaalde veronderstellingen kunnen hebben gemaakt die in werkelijkheid niet van toepassing zijn. Een eerste heeft betrekking op de mogelijkheid om de resultaten van een proces te meten. Hoewel ervan uitgegaan wordt dat patiëntveiligheidsindicatoren een permanente meting van het niveau

van patiëntveiligheid toelaten (Strategische Werkgroep voor Patiëntveiligheid van de Nationale Begeleidingscommissie voor Ziekenhuisperformantie, z.d.), kan bij de effectiviteit hiervan toch een vraagteken worden geplaatst. Het gemeten resultaat zal in vele gevallen immers niet enkel beïnvloed worden door de kwaliteit van het proces zelf maar ook door specifieke kenmerken van de patiënt. Dit lijkt zeker het geval te zijn voor enkele van de door de Division of Country Health Systems (2007) voorgestelde patiëntveiligheidsindicatoren waaronder 'Mortality' en 'Readmission'. Men zou dan ook kunnen concluderen dat er niet voldaan wordt aan het eerste onderscheidende kenmerk dat Simons (1995) vooropstelt, hetgeen uiteraard aanzienlijke consequenties heeft. Indien niet aan het eerste onderscheidende kenmerk wordt voldaan, kan immers ook niet aan de andere twee kenmerken voldaan worden. Zo kunnen standaarden onmogelijk opgesteld worden indien het resultaat van het proces niet gemeten kan worden, hetgeen op zijn beurt als gevolg zal hebben dat het detecteren en corrigeren van afwijkingen niet kan plaatsvinden.

Stellen dat patiëntveiligheidsindicatoren niet de mogelijkheid bieden om de resultaten van een proces te meten, lijkt me echter een te drastische conclusie. De invloed van patiëntkenmerken op de resultaten van een proces zal uiteraard gevolgen hebben voor de effectiviteit. Indien men over een groot aantal metingen beschikt, zal men echter een schatting kunnen maken van deze invloed zodat de kwaliteit van het proces uiteindelijk wel beter beoordeeld zal kunnen worden. Ook het vergelijken van resultaten tussen verschillende ziekenhuizen kan hieraan in sterke mate bijdragen. Lid worden van een internationaal netwerk van ziekenhuizen die dezelfde indicatoren meten, zoals PATH (Division of Country Health Systems, 2007), zal dan ook tot meer betekenisvolle data leiden. Daarnaast lijkt ook het voornemen van de Belgische overheid om bepaalde gegevens uit de MKG-registratie<sup>1</sup> als patiëntveiligheidsindicatoren te gebruiken veelbelovend (Strategische Werkgroep voor Patiëntveiligheid van de Nationale Begeleidingscommissie voor Ziekenhuisperformantie, z.d.). Toch blijft het uiteraard belangrijk om steeds rekening te houden met de mogelijke invloed van patiëntkenmerken, zowel bij de opstelling van de standaarden als bij de beoordeling van de metingen. Het erkennen van deze invloed voorkomt immers dat er foute conclusies worden getrokken. Zo zou bijvoorbeeld uit een lichte stijging van de indicator 'Mortality' besloten kunnen worden dat de kwaliteit van het zorgproces gedaald is terwijl dit niet noodzakelijk het geval hoeft te zijn. Pas na het vergaren van bijkomende data zal de kwaliteit van het proces op een correcte manier beoordeeld kunnen worden. Dit alles heeft natuurlijk als gevolg dat de hele procedure van meten tot bijsturen langer zal duren in vergelijking met processen waarvan de resultaten wel rechtstreeks gemeten kunnen worden.

Simons (1995) stelt dat metingen binnen een DCS in een zo groot mogelijke mate objectief, compleet en responsief dienen te zijn. Het niet kunnen voldoen aan deze voorwaarden zou als een

---

<sup>1</sup> "De MKG-registratie is een door de overheid opgelegde registratie waarbij gegevens over patiënten, hun ziekenhuisverblijf, diagnoses, heelkundige ingrepen en medisch-technische prestaties in een vastgelegd formaat dienen overgemaakt te worden." (Paredaens, z.d.)



tweede tekortkoming van patiëntveiligheidsindicatoren beschouwd kunnen worden. Ten eerste blijken patiëntveiligheidsindicatoren immers niet steeds objectief te zijn. Simons (1995) omschrijft een meting als objectief wanneer deze onafhankelijk verifieerbaar is. Hoewel vele door de Division of Country Health Systems (2007) voorgestelde indicatoren hieraan voldoen (bijvoorbeeld 'Mortality' en 'Length of stay'), zijn er ook enkele indicatoren die eerder subjectief van aard zijn (bijvoorbeeld 'Patient expectations'). Indien dergelijke subjectieve indicatoren gebruikt worden om resultaten te beoordelen, bestaat de kans dat ze als onfair beschouwd worden (Simons, 1995). Ten tweede blijken ook niet alle indicatoren compleet te zijn, hetgeen wil zeggen dat ze niet alle relevante acties en gedragingen omvatten (Simons, 1995). Zo geeft de efficiëntie-indicator 'Length of stay' (Division of Country Health Systems, 2007) niet noodzakelijk de efficiëntie van het zorgproces op een correcte manier weer. Hier dient dan ook duidelijk rekening te worden gehouden met het gezegde 'what you measure is what you get' (Simons, 1995). Indien 'Length of stay' als indicator wordt gebruikt, bestaat immers het gevaar dat men alles zal proberen om deze duur te verkorten, mogelijk ten koste van de patiëntveiligheid. Dit wordt dan ook de 'measurement trap'<sup>1</sup> genoemd. Bij de keuze van indicatoren dient dan ook in grote mate rekening te worden gehouden met dit mogelijke gevaar. Ofwel kan besloten worden bepaalde indicatoren niet te gebruiken omwille van het feit dat ze niet compleet zijn, ofwel kunnen andere aanvullende indicatoren aan het systeem toegevoegd worden die de mogelijke gevolgen van een niet complete indicator beperken. Ten slotte kunnen er ook vragen gesteld worden bij de responsiviteit van patiëntveiligheidsindicatoren. Een meting wordt beschouwd als responsief indien ze alle inspanningen en acties reflecteert van de persoon waarvan de resultaten gemeten worden (Simons, 1995). Een eerste reden voor de beperkte responsiviteit van bepaalde patiëntveiligheidsindicatoren werd reeds in de vorige alinea toegelicht, namelijk de invloed van patiëntkenmerken op het resultaat van een proces. Daarnaast zijn ook vaak verschillende personen betrokken bij een zorgproces waardoor een individuele bijdrage moeilijk gemeten kan worden.

Omwille van bovenstaande tekortkoming is ondersteuning van een ander onderdeel van een VMS, de ontwikkeling van een veiligheidscultuur, heel belangrijk. Simons (1995) geeft immers aan dat subjectieve metingen enkel motiverend kunnen zijn indien er sprake is van een hoog vertrouwen binnen de organisatie. Aangezien incomplete metingen daarnaast kunnen leiden tot disfunctioneel gedrag en niet-responsieve metingen 'free-riding' in de hand werken, is ook hier de aanwezigheid van een veiligheidscultuur noodzakelijk.

Een laatste tekortkoming die het gebruik van patiëntveiligheidsindicatoren als onderdeel van een DCS beperkt, is de moeilijkheid om incentives te gebruiken. Deze moeilijkheid wordt voornamelijk veroorzaakt door het feit dat het meestal onmogelijk is om een individuele bijdrage uit de

---

<sup>1</sup> De 'measurement trap' ontstaat indien organisaties hun indicatoren niet linken met de strategie, wanneer ze proberen het onkwantificeerbare te kwantificeren of enkel datgene meten wat gemakkelijk gemeten kan worden. (Vergauwen, 2009)

algemene resultaten te onderscheiden. Individuele economische incentives lijken dan ook niet geschikt te zijn voor dit onderdeel van een VMS. Toch benadrukt Simons (1995) ook het belang van niet-economische incentives zoals erkenning en prestige. Deze zouden eventueel wel gebruikt kunnen worden voor dit onderdeel van een VMS. Zeker indien vergelijkingen van deze incentives tussen peers mogelijk wordt gemaakt, kunnen ze een sterk motiverend effect hebben (Simons, 1995).

Bovenstaande analyse zou kunnen leiden tot de conclusie dat patiëntveiligheidsindicatoren te veel tekortkomingen bevatten om deel te kunnen uitmaken van een DCS. Verschillende auteurs, waaronder Lilford, Mohammed, Spiegelhalter en Thomson (2004), stellen dan ook dat het meten van resultaten via indicatoren vermeden moet worden om een beoordeling te maken van de patiëntveiligheid. Deze stelling onderbouwen ze door te verwijzen naar verschillende studies die geen significante relatie konden aantonen tussen de gemeten resultaten en de kwaliteit van de zorg. Naast de eerder gemelde invloed van specifieke patiëntkenmerken verwijzen ze ook naar een toevalsfactor die bij vele zorgprocessen aanwezig is als mogelijke oorzaak. Het gebruik van 'process measures' in plaats van 'outcome measures' beschouwen ze dan ook als een beter alternatief. Process measures gaan na in welke mate processen uitgevoerd worden zoals aanbevolen in klinische richtlijnen (Shih & Schoenbaum, 2007). Het gebruik van deze process measures kan vergeleken worden met wat Simons (1995) omschrijft als een alternatief voor een DCS. Meer bepaald gaat het hier om het gebruik van standaardprocedures die aangeven hoe elke taak volbracht moet worden. Simons (1995) stelt dat het gebruik van standaardprocedures leidt tot minder creativiteit en dus o.a. ook tot minder fouten met betrekking tot veiligheid en kwaliteit. Het gebruik van dergelijke procedures lijkt dan ook verantwoord binnen de zorgsector.

Ten opzichte van outcome measures lijken process measures voornamelijk de volgende voordelen te hebben (Rubin, Pronovost & Diette, 2001):

- Process measures reflecteren de geleverde zorg op een accurate manier, m.a.w. de measures zijn meer responsief waardoor het verzorgend personeel zich meer verantwoordelijk voelt voor het proces.
- Process measures zijn eenvoudiger. Er dient geen rekening te worden gehouden met o.a. de invloed van patiëntkenmerken en toeval. (risk adjustment)
- Process measures maken een snellere bijsturing mogelijk aangezien er niet gewacht moet worden op een groter aantal metingen.

Naast voordelen wijzen Rubin et al. (2001) ook op enkele nadelen van process measures:

- Er moet een causale relatie aanwezig zijn tussen de voorgeschreven standaardprocedure en de resultaten, hetgeen vaak moeilijk aan te tonen is.
- Wellicht kunnen niet alle belangrijke elementen van een proces gemeten worden via process measures waardoor de meting niet compleet zal zijn.

Uit de voor- en nadelen van zowel process measures als outcome measures kan onmogelijk geconcludeerd worden welke nu het best gebruikt worden om de kwaliteit van de zorg te meten. Het besluit van Shih en Schoenbaum (2007) dat zowel outcome measures als process measures bruikbaar zijn om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, lijkt dan ook het meest aanvaardbaar. Bij de keuze van indicatoren is het uiteraard wel belangrijk dat de voor- en nadelen van beide soorten in overweging worden genomen. Daarnaast zou ook steeds rekening moeten worden gehouden met de waarschuwing van Simons (1995) dat een onevenwichtige balans tussen objectiviteit, compleetheid en responsiviteit kan leiden tot een te beperkte controle van belangrijke processen, disfunctioneel gedrag of het negeren van de metingen in zijn geheel.

Simons (1995) wijst ook nog op een derde alternatief voor een DCS, namelijk controle op de inputs via een zorgvuldige selectie van deze inputs. Meer bepaald kan het hier o.a. gaan om de zorgvuldige selectie en training van werknemers. Dit kan belangrijk zijn voor situaties waarin zowel het controleren van het proces als het meten van de resultaten onmogelijk is. Uiteraard komen dergelijke situaties ook in ziekenhuizen voor waardoor een zorgvuldige selectie van inputs ook hier van belang zal zijn. Enkel gediplomeerden aanwerven kan dan bijvoorbeeld ook als onderdeel van een dergelijk controlemechanisme beschouwd worden. In de literatuur over veiligheidsmanagementsystemen kan deze selectie ondergebracht worden onder de 'structural factors' waartoe ook 'availability of equipment' en 'staffing levels' gerekend kunnen worden (Lilford et al., 2004). Hoewel structurele factoren een zekere invloed zullen uitoefenen op de resultaten, bepalen ze op zichzelf niet deze resultaten. Er kan meestal dan ook slechts gesproken worden van een zwakke relatie tussen deze factoren en de resultaten (Donabedian, 1997).

Als besluit kan opnieuw verwezen worden naar Donabedian (1997) die de verschillende controlemechanismen op een gepaste manier in verband brengt. Zo stelt hij dat een goede structuur de kansen verhoogt op een goed proces en dat een goed proces de kansen verhoogt op goede resultaten. Om op een effectieve manier aan kwaliteitsbeoordeling te kunnen doen, zou er volgens hem voldoende kennis moeten zijn over deze relaties. Die is er tot op heden echter nog niet waardoor er andere aspecten, dewelke in ruime mate werden toegelicht, in overweging moeten worden genomen om te bepalen welke indicatoren voor welke processen gebruikt kunnen worden om de kwaliteit van de zorg te beoordelen (Donabedian, 1997). De stelling van Simons (1995) dat voornamelijk outcome measures gebruikt zouden moeten worden, lijkt dan ook niet op te gaan voor veiligheidsmanagementsystemen.

#### 4.3.2 De patiënt als partner

Aangezien de overeenkomsten tussen het beschouwen van de patiënt als partner en een DCS niet zo eenduidig bleken te zijn als bij patiëntveiligheidsindicatoren, kunnen er wellicht heel wat meer tekortkomingen gevonden worden bij dit onderdeel van een VMS. Toch blijken deze tekortkomingen in grote lijnen overeen te komen met de tekortkomingen die ook bij patiëntveiligheidsindicatoren gevonden konden worden.

Zo zullen ook hier patiëntkenmerken en toeval een invloed hebben op de resultaten van het proces waardoor er vragen gesteld kunnen worden of er wel op een voldoende wijze aan de onderscheidende kenmerken van een DCS voldaan wordt. Daarnaast kan er ook hier in vele gevallen een gebrek aan objectiviteit, compleetheid en responsiviteit vastgesteld worden. Vooral het garanderen van objectiviteit zal een bijzonder moeilijke taak zijn aangezien de waarneming door patiënten steeds subjectiviteit met zich mee zal brengen. Responsiviteit zal daarentegen iets makkelijker te bereiken zijn dan bij patiëntveiligheidsindicatoren aangezien de patiënt een bepaald resultaat in vele gevallen zal kunnen toewijzen aan één bepaald persoon. Ten slotte blijkt ook het gebruik van incentives moeilijk, hoewel zoals eerder gesteld, de geloofwaardigheid naar de patiënt toe een sterke incentive zou kunnen zijn.

Naast outcome measures wordt er bij dit onderdeel van een VMS ook veelvuldig gebruik gemaakt van process measures. Zo stellen Vincent en Coulter (2002) dat patiënten informatie zouden moeten krijgen over klinische richtlijnen zodat ze kunnen nagaan in welke mate het proces in overeenstemming met deze richtlijnen wordt uitgevoerd. Hoewel Simons (1995) outcome measures boven process measures verkiest, lijkt het gebruik van deze laatste, o.a. door de vaak beperkte kennis van de patiënt, toch ook hier noodzakelijk. Uiteraard blijven ook outcome measures belangrijk. Zo wijzen Vincent en Coulter (2002) erop dat de mogelijke neveneffecten van bepaalde behandelingen ook duidelijk naar patiënten gecommuniceerd moeten worden zodat ze het resultaat van hun behandeling kunnen controleren. Ten slotte wordt door hen ook gesteld dat patiënten zich deels zelf zouden moeten informeren om een beredeneerde beslissing te kunnen nemen met betrekking tot de keuze van een zorgverlener. Zoals eerder gemeld zou ook dit gedeeltelijk als een controlemechanisme beschouwd kunnen worden. Meer bepaald zou het dan gaan om de zorgvuldige selectie van inputs als controlemechanisme, hetgeen dus een alternatief voor een DCS vormt (Simons, 1995).

Hoewel het beschouwen van de patiënt als partner een nuttig controlemechanisme kan vormen, zou wel de vraag moeten gesteld worden in welke mate zorginstellingen op dit controlemechanisme kunnen en mogen vertrouwen. Met andere woorden zou nagegaan moeten worden welke verantwoordelijkheden naar de patiënt doorgeschoven kunnen worden en welke niet. Hoewel Vincent en Coulter (2002) nadrukkelijk stellen dat patiënten meer verantwoordelijkheid dienen te

nemen voor hun eigen gezondheid en zorg, merken ze hierbij immers wel op dat de mate waarin patiënten betrokken kunnen worden sterk kan fluctueren omwille van de complexiteit van de behandeling, hun gezondheidstoestand, de wil om een actieve rol te spelen, etc.. Het vastleggen van verantwoordelijkheden blijkt dan ook uiterst noodzakelijk. Deze dienen bij voorkeur opgenomen te worden in een boundary system zodat de naleving ervan verzekerd kan worden.

#### **4.4 Interactive Control System**

##### 4.4.1 Meldingssystemen

###### *4.4.1.1 Veilig melden*

Het belang van 'veilig melden' is, zoals reeds vermeld, een aandachtspunt dat in de literatuur over meldingssystemen regelmatig wordt aangehaald. De garantie hiervan zou de bereidheid om (bijna-)incidenten te melden dan ook kunnen verhogen waardoor er meer gegevens beschikbaar komen die in grote mate kunnen bijdragen aan de verbetering van de patiëntveiligheid. Er dient dan ook grote aandacht te worden besteed aan de mogelijkheid tot 'veilig melden' bij de opzet van een rapporteringssysteem. Toch blijken bepaalde huidige systemen hier niet steeds aan te voldoen. (Legemaate et al., 2006)

Zo worden in sommige instellingen volgens Legemaate et al. (2006) meldingssystemen gebruikt waarin in een eerste fase wordt bepaald of het om meldingen die duiden op een systeemfout of om meldingen die duiden op een individuele fout gaat. Deze laatstgenoemde meldingen zullen dan niet behandeld worden volgens de reguliere procedure voor incidentmeldingen maar worden op een andere wijze afgehandeld. Dergelijke systemen zullen de meldingsbereidheid uiteraard negatief beïnvloeden (Legemaate et al., 2006). Het onderliggende probleem van deze systemen is het feit dat het meldingssysteem voor twee conflicterende doelen zal gebruikt worden, zowel leren als straffen. Toegepast op het model van Simons betekent dit dat het rapporteringssysteem gebruikt wordt als zowel een boundary system (BdS) als een interactive control system (ICS). Hierbij wordt niet voldaan aan de eis dat de vier 'levers' op een gepaste manier dienen samen te werken om de strategie op een effectieve manier te kunnen realiseren (Simons, 1995). Aangezien de meldingsbereidheid zal dalen, zal immers zowel de effectiviteit van het BdS als dat van het ICS dalen. In dit geval lijkt het dan ook gepaster het rapporteringssysteem enkel als ICS te gebruiken. Legemaate et al. (2006) bevestigen deze opinie door te stellen dat het bevorderen van patiëntveiligheid (ICS) en het opleggen van sancties aan individuen (BdS) duidelijk gescheiden dient te worden. Uiteraard kan hierbij de vraag gesteld worden welk systeem dan wel als BdS gebruikt dient te worden. Legemaate et al. (2006) geven ook enige richting in het oplossen van dit vraagstuk door te concluderen dat informatie die wel correctie of bestraffing behoeft wel via andere

kanalen aan het licht komt, bijvoorbeeld via patiënten. Toch is en blijft dit slechts een veronderstelling waardoor een ziekenhuis de effectiviteit van deze systemen zou moeten nagaan. Het beschouwen van boundary systems als een werkelijk onderdeel van een VMS zou dan ook een eerste stap moeten zijn om dergelijke analyses op een onderbouwde manier te kunnen uitvoeren.

Boundary systems bieden daarnaast ook de mogelijkheid om 'veilig melden' werkelijk te kunnen garanderen. Dit lijkt noodzakelijk aangezien uit de opbouw van een meldingssysteem verschillende redenen afgeleid kunnen worden die de zorgstaf<sup>1</sup> zou kunnen hebben om bepaalde (bijna-)incidenten niet te melden.

Een eerste reden is te wijten aan het feit dat de identificatie van de melder, de patiënt en diegene die het incident veroorzaakte in een eerste fase opgevraagd zal worden om op die manier zowel de kwaliteit van de gemelde informatie zo hoog mogelijk te houden als de mogelijkheid te hebben aanvullende informatie te kunnen opvragen (Legemaate et al., 2006). Indien er voor de analyse voldoende informatie is verzameld, is er echter geen verdere behoefte meer aan het bewaren van deze persoonsgegevens. Deze kunnen dan ook worden verwijderd om zowel het recht op privacy van de patiënt als de veiligheid van de melder te garanderen (Legemaate et al., 2006). Uiteraard is het hierbij van belang dat enerzijds deze gegevens werkelijk verwijderd worden en anderzijds het verzorgend personeel ook gelooft dat dit daadwerkelijk gebeurt. Aan beide voorwaarden zou een BdS kunnen bijdragen. Het hierin opnemen van de verplichting tot het verwijderen van persoonsgegevens zal, mits een gepaste bestraffing bij niet naleving, er immers zowel toe leiden dat deze verwijdering daadwerkelijk plaatsvindt als leiden tot een toename in het geloof dat deze verwijdering plaatsvindt.

Een tweede reden wordt gevonden in het feit dat het zeer aanlokkelijk is om de bescherming van de melder op te heffen in geval van een incident met een zeer ernstige afloop of waarbij er duidelijk sprake is van een grove fout (Legemaate et al., 2006). Toch blijft het ook in een dergelijk uitzonderlijke situatie zeer belangrijk dat een rapporteringssysteem enkel en alleen interactief gebruikt wordt. Het is dan ook een ander systeem, het BdS, dat zou moeten controleren op grove nalatigheden of fouten.

Een laatste reden kan gevonden worden in het feit dat een ondoordachte reactie van het management op bepaalde incidenten de effectiviteit van meldingssystemen drastisch kan doen dalen (Legemaate et al., 2006). Ook het vertrouwen in de beheerders van het systeem kan een grote invloed hebben op deze effectiviteit (van der Schaaf & Wright, 2004). Het opnemen van

---

<sup>1</sup> Hoewel artsen meestal zelfstandige verstrekkers zijn in een ziekenhuis, worden ze voor het doel van deze studie toch tot de zorgstaf gerekend. Deze ruimere definiëring is, mijns inziens, verantwoord aangezien de aspecten die in deze studie belicht worden zowel op artsen als verpleegkundigen betrekking zullen hebben.

duidelijke regels voor het management en deze beheerders in een BdS zou deze gevaren dan ook hier kunnen inperken.

#### *4.4.1.2 Incentives*

Simons (1995) stelt duidelijk dat ook bij een ICS incentives gebruikt moeten worden om medewerkers te motiveren bij te dragen aan het systeem. Joshi, Anderson en Marwaha (z.d.) beschouwen deze incentives ook als één van de succesfactoren om incidentmeldingssystemen te doen slagen in hun opzet. Dit wordt echter niet bevestigd door van der Schaaf en Wright (2004). Zij wijzen dan ook op de gevaren van het uitkeren van incentives. Deze zouden immers kunnen leiden tot een groot aantal onbelangrijke meldingen of zelfs valse meldingen.

Een verklaring voor deze tegenstelling in de literatuur kan deels gevonden worden in de definitie van incentives die de verschillende auteurs hanteren. Zo wijzen van der Schaaf en Wright (2004) voornamelijk op de gevaren van (financiële) incentives die de kwantiteit van het rapporteren trachten te beïnvloeden. Joshi et al. (z.d.) spreken daarentegen niet alleen van financiële incentives maar ook van niet-financiële incentives zoals o.a. erkenning.

Ook Simons (1995) bevestigt dat beide soorten van incentives gebruikt kunnen worden bij een ICS. Wel merkt hij op dat het om subjectieve incentives dient te gaan die eerder inspanningen belonen dan resultaten. Met subjectieve incentives wordt bedoeld dat leidinggevenden een persoonlijk oordeel, gebaseerd op zowel feiten als intuïtie, vellen over wat de gepaste beloning is voor medewerkers (Simons, 1995). Dit blijkt onvermijdelijk aangezien er ex ante onmogelijk bepaald kan worden wat juist de gewenste uitkomsten zijn van een ICS. Het belonen van inspanningen in plaats van resultaten stimuleert daarnaast het leren volgens Simons (1995) aangezien de beloningen op deze manier niet afhankelijk zijn van omgevingsfactoren die buiten de controle van de medewerkers vallen. Het delen van informatie zal dan ook steeds bevorderd worden, zowel bij het behalen van goede resultaten als bij tegenvallende resultaten (Simons, 1995). Ten slotte zullen medewerkers hun inspanningen trachten zichtbaar te maken aan hun leidinggevenden om op die manier een zo hoog mogelijke beloning te verdienen. Dit leidt dan ook tot een betere communicatie naar het management toe, meer voorstellen van verbetermaatregelen, etc.. (Simons, 1995)

Toegepast op meldingssystemen zouden deze subjectieve incentives een gelijkaardig effect kunnen hebben. Verschillende organisaties maken dan ook gebruik van deze incentives om de effectiviteit van hun meldingssystemen te verhogen. Zo geeft het Baylor Health Care System in Dallas zichtbare erkenning, een niet-financiële incentive, aan personen en afdelingen die geïnvesteerd hebben in het melden, opvolgen en leren van incidenten of verbeteracties hebben geïntroduceerd

(Joshi et al., z.d.). Dezelfde organisatie maakt echter ook gebruik van financiële incentives om het aantal meldingen te verhogen. Tenzij ook de kwaliteit van de meldingen een invloed zou hebben op de toekenning ervan, kan deze beloning echter niet meer als subjectief beschouwd worden. Het gevaar bestaat dan ook dat deze beloning niet meer echt het leren bevordert waardoor de waarschuwing die door van der Schaaf en Wright (2004) wordt aangehaald zeker terecht lijkt.

Als besluit kan gesteld worden dat een grondige afweging van mogelijke incentives noodzakelijk is om de effectiviteit van een meldingssysteem te kunnen garanderen. Hoewel Simons (1995) en Joshi et al. (z.d.) de kracht van incentives erkennen, blijken immers niet alle incentives te leiden tot het gewenste resultaat. Daarnaast zal de effectiviteit van bepaalde incentives niet voor alle organisaties gelijk zijn. Verschillende factoren zoals organisatiecultuur, -structuur, -grootte, etc. zouden deze effectiviteit immers kunnen beïnvloeden. Vervolgens dient ook ruime aandacht te worden besteed aan de beslissing met betrekking tot wie de beloningen toekent. Simons (1995) stelt immers dat beloningen enkel op een eerlijke manier kunnen toegekend worden indien de daarvoor bevoegde manager de inspanningen van medewerkers op een correcte manier kan evalueren. Uiteraard dienen de medewerkers ook te geloven dat de incentives op een terechte manier worden toegekend. Een gegronde kennis van de organisatie en haar processen is hiervoor dan ook noodzakelijk. Deze kennis zal bijgevolg als extra voordeel hebben dat de kwaliteit van de analyses en voorgestelde verbeteracties wordt bevorderd.

#### *4.4.1.3 Cultuur*

Het belang van een eerste aspect van de veiligheidscultuur, de mogelijkheid tot 'veilig melden', werd reeds besproken. Toch dient ook uitvoerig aandacht te worden besteed aan de andere elementen van een veiligheidscultuur, namelijk:

- "algemene erkenning van het risicovolle karakter van het eigen handelen;" (Legemaate et al., 2006, p. 59)
- "een samenwerking 'across ranks' bij het zoeken naar oplossingen voor problemen;" (Legemaate et al., 2006, p. 59)
- "steun van het management (moreel en materieel) bij het opsporen en wegnemen van veiligheidsproblemen." (Legemaate et al., 2006, p. 59)

Het realiseren van bovenstaande elementen vormt duidelijk een taak voor het beliefs system. Het is dan ook van belang dat dit beliefs system het ICS ondersteunt en omgekeerd. Deze ondersteuning zou er volgens Simons (1995) toe moeten leiden dat beide systemen inspirerend werken. Ze worden dan ook beschouwd als de positieve systemen van management control, in tegenstelling tot de boundary en diagnostic control systems (Simons, 1995).



Het belang van het ontwikkelen van een veiligheidscultuur binnen de organisatie kan niet genoeg beklemtoond worden. De afwezigheid van een dergelijke cultuur kan immers nefaste gevolgen hebben voor de effectiviteit van het hele systeem. Simons (1995) beschouwt het bestaan van een open cultuur dan ook als één van de belangrijkste voorwaarden van een ICS. Ook in de literatuur over meldingssystemen wordt deze voorwaarde sterk beklemtoond. Het is echter het beliefs system, ondersteund door het boundary system, dat deze cultuur dient te realiseren. De conclusie van Leape (1994, in Hellings & Vleugels, 2007) dat "de meest fundamentele verandering die nodig is om de kans op 'errors' in onze ziekenhuizen te reduceren ... een verandering in cultuur [is]" (Hellings & Vleugels, 2007, p.12), lijkt dan ook meer dan terecht.

#### 4.4.2 Prospectieve risicoanalyses

Voor de prospectieve risicoanalyses dient uiteraard ook rekening te worden gehouden met de aandachtspunten die Simons (1995) voor interactive control systems vooropstelt. Toch vormen deze aandachtspunten in mindere mate een probleem dan dat bij meldingssystemen het geval was. Dit is voornamelijk te wijten aan het feit dat er bij prospectieve risicoanalyses in kleine teams wordt gewerkt. Het creëren van een sfeer van vertrouwen, alsook het delen en communiceren van informatie wordt dan ook vergemakkelijkt. Toch is en blijft het bestaan van een open cultuur of veiligheidscultuur ook hier belangrijk. Zoals eerder gemeld kunnen prospectieve risicoanalyses immers een gevoel van bedreiging teweeg brengen bij de deelnemers omdat ze zich kwetsbaar zullen moeten opstellen (Leistikow et al., 2009). Enerzijds dient de prospectieve risicoanalyse zich dan ook duidelijk te richten op processen in plaats van op personen, hetgeen wordt bevestigd door Habraken, van der Schaaf, Leistikow en Reijnders-Thijssen (2009). Anderzijds dient het beliefs system, samen met het boundary system, ook hier een rol te spelen in het wegnemen van de elementen die dit gevoel zouden kunnen veroorzaken.

Het grootste probleem van risicoanalyses blijkt echter voornamelijk de moeilijkheid van de procedure te zijn. Zo stellen Habraken et al. (2009) dat de risicobeoordeling van HFMEA een moeilijk uitvoerbare stap is binnen het proces. Daarnaast kan ook het grafisch voorstellen van het proces moeilijkheden met zich meebrengen indien het om een complex proces gaat, aldus DeRosier et al. (2002). Habraken et al. (2009) concluderen dan ook dat HFMEA een hele 'resource' intensieve procedure is. Dit kan de effectiviteit van de prospectieve risicoanalyses uiteraard in grote mate beperken. Simons (1995) geeft dan ook aan dat interactive control systems de organisatie niet mogen overweldigen met informatie die toch niet verwerkt kan worden. Daarnaast dient, zoals reeds vermeld, de gegenereerde informatie ook eenvoudig te begrijpen zijn (Simons, 1995). Een gerichte focus lijkt dan ook noodzakelijk om leerperspectieven in een zo groot mogelijke mate te kunnen garanderen. Deze kan de kans op 'information overload', oppervlakkige

analyses, een gebrek aan inzicht en andere gevolgen die in alle geval vermeden moeten worden immers sterk verkleinen (Simons, 1995).

Toegepast op prospectieve risicoanalyses zouden deze richtlijnen kunnen betekenen dat er minder processen geanalyseerd worden of dat de aandacht enkel op specifieke delen van een proces gevestigd wordt (DeRosier et al., 2002). Daarnaast zou ook een gestructureerd stappenplan kunnen bijdragen aan de vereenvoudiging van de procedure. Uiteraard dient niet noodzakelijk HFMEA te worden toegepast. Andere methodes kunnen immers voor bepaalde organisaties of voor de analyse van bepaalde processen misschien beter geschikt zijn. Toch zal ook bij het gebruik van andere methodes met dezelfde aandachtspunten rekening moeten worden gehouden. Ten slotte dient ook aandacht te worden besteed aan een aspect dat tot dusver nog niet expliciet in de literatuur over prospectieve risicoanalyses werd opgenomen. Meer bepaald gaat het hier om het gebruik van incentives, hetgeen door Simons (1995) als een belangrijk element van een ICS beschouwd wordt. Er zal dan ook nagegaan moeten worden welke voor- of nadelen het toekennen van dergelijke incentives kan hebben, of er best economische of niet-economische incentives gebruikt worden, wie deze incentives het best kan uitkeren, etc.. Rekening houden met al deze aspecten zou kunnen leiden tot een verdere optimalisatie van de prospectieve risicoanalyses en hopelijk dus ook tot een verdere verbetering van de patiëntveiligheid.

#### 4.5 Conclusie

Uit bovenstaande analyse is gebleken dat de literatuur over veiligheidsmanagementsystemen reeds heel wat mogelijke problemen aan het licht heeft gebracht waardoor een VMS over het algemeen een effectieve werking lijkt te hebben. Een overzicht hiervan kan in onderstaande tabel teruggevonden worden. Toch zouden bepaalde problemen op een meer geschikte manier aangepakt kunnen worden. Voornamelijk het implementeren van een boundary system als integraal deel van een VMS zou de effectiviteit nog verder kunnen verhogen. Dit systeem zou de andere onderdelen van een VMS immers op een gepaste manier kunnen ondersteunen om op die manier conflicten binnen of tussen de onderdelen te voorkomen.

Tabel 2: Effectiviteit van een VMS

Simons		VMS	
Onderdeel	Aandachtspunt	Onderdeel	Voldaan aan aandachtspunt?
Beliefs System (BIS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visie moet zich richten op waarden medewerkers.</li> <li>• Elke medewerker moet kunnen afleiden hoe hij of zij kan bijdragen aan de</li> </ul>	Systeem ter ontwikkeling van een veiligheids-cultuur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja, want patiëntveiligheid is een professionele waarde.</li> <li>• Ja, systeem-verantwoordelijkheid houdt in dat iedereen kan bijdragen</li> </ul>

	realisatie van de visie.		aan de visie.
Boundary System (BdS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Business conduct boundaries zijn noodzakelijk indien omgevingsonzekerheid hoog is of intern vertrouwen laag.</li> <li>• Nood aan strategische boundaries om verspilling van resources te voorkomen.</li> </ul>	/	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nee, hoewel in de zorgsector zeker sprake is van hoge omgevingsonzekerheid en laag intern vertrouwen, is er geen BdS. Toch lijkt dit geen ernstige gevolgen te hebben aangezien een VMS streeft naar een professionele waarde.</li> <li>• Nee, maar prospectieve risicoanalyses, incidentmeldingssystemen en patiëntveiligheidsindicatoren vullen deze leegte op.</li> </ul>
Diagnostic Control System (DCS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mogelijkheid moet bestaan om de resultaten van een proces te meten.</li> <li>• Metingen moeten zo objectief mogelijk zijn.</li> <li>• Metingen moeten zo compleet mogelijk zijn.</li> <li>• Metingen moeten zo responsief mogelijk zijn.</li> <li>• Bij beperkte objectiviteit, compleetheid en responsiviteit is hoog vertrouwen noodzakelijk.</li> <li>• Uitkeren van incentives is belangrijk.</li> </ul>	Patiëntveiligheidsindicatoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja, maar slechts in beperkte mate door invloed van patiëntkenmerken en toeval op resultaten.</li> <li>• Gedeeltelijk, er bestaan zowel objectieve als subjectieve indicatoren.</li> <li>• Gedeeltelijk, niet alle indicatoren zijn compleet.</li> <li>• Gedeeltelijk, invloed van patiëntkenmerken en betrokkenheid van meerdere personen in het zorgproces beperken responsiviteit.</li> <li>• Ja, systeem ter ontwikkeling van een veiligheidscultuur moet hiervoor zorgen.</li> <li>• Gedeeltelijk, economische incentives kunnen niet gebruikt worden maar niet-economische eventueel wel.</li> </ul>
<i>Standaard-</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kunnen gebruikt worden om</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja, process measures vormen</li> </ul>

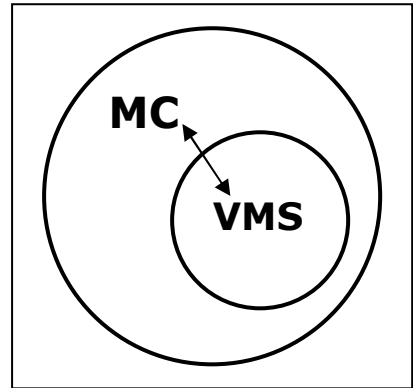
<p><i>procedures (alternatief voor DCS)</i></p> <p><i>Selectie van inputs (alternatief voor DCS)</i></p>	<p>veiligheid en kwaliteit te garanderen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indien het meten van resultaten of het controleren van processen niet mogelijk is, kan deze vorm van controle gebruikt worden.</li> </ul>		<p>vaak een aanvulling op de patiëntveiligheidsindicatoren.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja, structural factors worden ook soms gebruikt binnen een VMS.</li> </ul>
<p>Diagnostic Control System (DCS)</p> <p><i>Standaard-procedures (alternatief voor DCS)</i></p> <p><i>Selectie van inputs (alternatief voor DCS)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mogelijkheid moet bestaan om de resultaten van een proces te meten.</li> <li>• Metingen moeten zo objectief mogelijk zijn.</li> <li>• Metingen moeten zo compleet mogelijk zijn.</li> <li>• Metingen moeten zo responsief mogelijk zijn.</li> <li>• Uitkeren van incentives is belangrijk.</li> <li>• Kunnen gebruikt worden om veiligheid en kwaliteit te garanderen.</li> <li>• Indien het meten van resultaten of het controleren van processen niet mogelijk is, kan deze vorm van controle gebruikt worden.</li> </ul>	<p>De patiënt als partner</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja, maar slechts in beperkte mate door invloed van patiëntkenmerken en toeval op resultaten.</li> <li>• Gedeeltelijk, waarneming door patiënten brengt steeds subjectiviteit met zich mee.</li> <li>• Gedeeltelijk.</li> <li>• Gedeeltelijk, maar beter dan bij patiëntveiligheids-indicatoren.</li> <li>• Gedeeltelijk, enkel niet-economische incentives.</li> <li>• Ja, patiënten worden gevraagd te controleren of de zorg in overeenstemming met klinische richtlijnen werd uitgevoerd.</li> <li>• Gedeeltelijk, de keuze van een zorgverlener zou als deze vorm van controle beschouwd kunnen worden.</li> </ul>
<p>Interactive Control System (ICS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De onderdelen van een MCS dienen samen te werken en elkaar niet tegen te werken.</li> </ul>	<p>Incident-meldings-systemen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja, er wordt aanbevolen het meldingssysteem enkel als leersysteem (ICS) te gebruiken en niet als systeem</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitkeren van incentives is belangrijk.</li> <li>• Incentives moeten subjectief zijn en eerder inspanningen belonen dan resultaten.</li> <li>• De aanwezigheid van een open cultuur is uiterst belangrijk.</li> </ul>		<p>om te straffen (BdS).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gedeeltelijk, vooral niet-economische incentives.</li> <li>• Gedeeltelijk, ook objectieve incentives die afhankelijk zijn van het aantal meldingen worden gebruikt.</li> <li>• Ja, systeem ter ontwikkeling van een veiligheidscultuur moet hiervoor zorgen.</li> </ul>
Interactive Control System (ICS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De onderdelen van een MCS dienen samen te werken en elkaar niet tegen te werken.</li> <li>• 'Information overload' moet vermeden worden.</li> <li>• Uitkeren van incentives is belangrijk.</li> <li>• De aanwezigheid van een open cultuur is uiterst belangrijk.</li> </ul>	Prospectieve risico-analyses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja, men richt zich op processen (ICS) i.p.v. op personen (BdS).</li> <li>• Ja, procedure wordt vaak opgesplitst of vereenvoudigd.</li> <li>• Nee, incentives lijken niet gebruikt te worden.</li> <li>• Ja, systeem ter ontwikkeling van een veiligheidscultuur moet hiervoor zorgen.</li> </ul>

## 5 VMS als onderdeel van MC

In het eerste hoofdstuk van dit werk werd aangetoond dat een VMS als een MCS beschouwd kan worden. In het tweede hoofdstuk werd de effectiviteit van een VMS onder de loep genomen. Hierbij werd echter enkel aandacht besteed aan de wisselwerkingen tussen de onderdelen van het VMS zelf. Een logische volgende stap is dan ook om de interactie met het algemene MCS van een ziekenhuis in overweging te nemen.

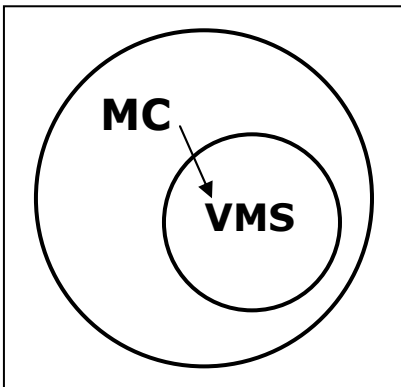
In een eerste deel zal nagegaan worden wat de invloed van het algemene MCS op een VMS kan zijn. Vervolgens zal in een tweede deel de omgekeerde relatie onderzocht worden, namelijk de invloed van een VMS op het algemene MCS. Het onderzoeken van deze relaties maakt het mogelijk een uitspraak te doen over de vraag of de integratie van een VMS in het algemene MCS enerzijds wenselijk en anderzijds mogelijk is. Dit hoofdstuk heeft dan ook als einddoel een antwoord te formuleren op de centrale onderzoeksvraag van dit werk, namelijk: *'Moet/kan een VMS op een gepaste manier in het algemene management control system van een ziekenhuis geïntegreerd worden?'* Dit zal dan ook het laatste deel van dit hoofdstuk vormen.



Figuur 5: Focus deelvraag 3

### 5.1 Invloed van het algemene MCS op een VMS

Deze paragraaf zal op een gelijkaardige manier gestructureerd worden als de voorgaande hoofdstukken. Toch dient er op één belangrijk onderscheid gewezen te worden. De onderverdeling zal namelijk betrekking hebben op het algemene MCS en niet meer op het VMS, zoals in de vorige hoofdstukken het geval was. Vanuit deze opsplitsing per onderdeel van het algemene MCS zal dan ook getracht worden om de mogelijke invloeden op het VMS te achterhalen. Onderdelen van het MCS die geen invloed lijken te hebben op het VMS zullen niet opgenomen worden in dit hoofdstuk aangezien dit niet zou bijdragen aan het doel van deze studie.



Figuur 6: Focus deelvraag 3a

### 5.1.1 Beliefs System

Uit de vorige hoofdstukken werd reeds duidelijk dat het opnemen van patiëntveiligheid in de visie een belangrijke vereiste is om de ontwikkeling van een veiligheidscultuur mogelijk te maken. Ook de bijdrage die het topmanagement zou moeten leveren om de realisatie van deze visie te kunnen verwezenlijken, werd reeds toegelicht. Hoewel het systeem ter ontwikkeling van een veiligheidscultuur op een effectieve manier leek te werken, zouden er met betrekking tot deze voorwaarden toch enkele problemen kunnen optreden indien de invloed van het algemene MCS in overweging wordt genomen.

Een grote moeilijkheid bij het besturen van ziekenhuizen en 'not-for-profit organizations' in het algemeen is immers de aanwezigheid van verscheidene, vaak conflicterende, doelen (Merchant & Van der Stede, 2003). Voor ziekenhuizen kan vooral een duidelijk conflict tussen de doelstellingen 'kwaliteit' en 'efficiëntie' waargenomen worden. Dit is voornamelijk te wijten aan de manier waarop een ziekenhuis gefinancierd wordt. Wereldwijd wordt er immers steeds meer gebruik gemaakt van 'prospective payment systems'<sup>1</sup> die als doel hebben de efficiëntie van ziekenhuizen te verhogen via financiële prikkels (Abernethy, Chua, Grafton & Mahama, 2007). Meer bepaald zal iedere patiënt toegewezen worden aan een 'diagnosis-related group' (DRG) (Averill et al., 2003) waarbij men er van uitgaat dat patiënten die aan dezelfde DRG worden toegewezen een gelijk patroon van 'resource'-consumptie kennen (Abernethy et al., 2007). Op basis van dit patroon werden dan ook gewichten aan iedere DRG toegekend die deze consumptie weerspiegelen. Ziekenhuizen krijgen vervolgens per behandelde patiënt een bepaald bedrag dat afhankelijk is van de DRG waaraan de patiënt toegewezen werd en waarvan de hoogte dus bepaald wordt door het toegekende gewicht aan de desbetreffende DRG (Abernethy et al., 2007). Ook Belgische ziekenhuizen worden voor een deel gefinancierd via dergelijke prospective payment systems, zij het op een licht afwijkende wijze. Zo is de financiering van Belgische ziekenhuizen afhankelijk van het aantal verantwoorde ligdagen (Perelman, 2008). Deze verantwoorde ligdagen zijn op hun beurt gebaseerd op specifieke kenmerken van de patiënt waaronder de DRG. Indien de behandeling van een bepaalde patiënt langer duurt dan de verantwoorde ligdagen voor die patiënt, zal het ziekenhuis voor deze inefficiëntie dan ook financieel gestraft worden. Voor een kortere behandeling dan de verantwoorde ligdagen zal een ziekenhuis daarentegen beloond worden. (Perelman, 2008)

Prospective payment systems hebben als gevolg dat ziekenhuizen meer aandacht zullen besteden aan de efficiëntie van hun activiteiten, hetgeen ten koste van de effectiviteit zou kunnen gaan. Coombs (1987, in Abernethy et al., 2007) wijst dan ook op de mogelijke gevaren van prospective payment systems waaronder het onverantwoord verkorten van behandelingen, meer onnodige opnames van patiënten en het verwaarlozen van de kwaliteit van de zorg in het algemeen. Ook in

---

<sup>1</sup> Vaak wordt ook de term 'casemix funding' gehanteerd (Abernethy et al., 2007).

België bestaat de kans dat het minimaliseren van het aantal ligdagen een negatieve invloed zal hebben op de patiëntveiligheid.

Om deze gevaren te voorkomen, zou het MCS voor een duidelijk evenwicht moeten zorgen tussen de doelstelling 'kwaliteit' en de doelstelling 'efficiëntie'. Een eerste stap is dan ook om beide doelstellingen op te nemen in het beliefs system van de organisatie. Aangezien in de literatuur over veiligheidsmanagementsystemen gesteld wordt dat patiëntveiligheid opgenomen dient te worden in o.a. de missie en de visie van de organisatie, lijkt het MCS van een ziekenhuis aan deze voorwaarde te voldoen. Toch kan hierbij de vraag gesteld worden welke plaats patiëntveiligheid juist krijgt binnen deze visie en missie, m.a.w. zet het opnemen ervan wel aan tot het realiseren van een balans tussen beide doelstellingen. Zolang een ziekenhuis voornamelijk gefinancierd wordt op basis van efficiëntiecriteria zou een VMS immers enkel voor de schijn geïntroduceerd kunnen worden.<sup>1</sup> De reden hiervoor is dat het tot op heden nog steeds zeer moeilijk is om een investering in patiëntveiligheid op een economische manier te verantwoorden. Hellings (2006) stelt immers dat er in België nauwelijks betrouwbare data met betrekking tot patiëntveiligheid beschikbaar zijn. Ook wereldwijd blijkt patiëntveiligheid volgens hem nog steeds ten dele een verborgen probleem te zijn. Dit leidt er dan ook toe dat de huidige kosten die veroorzaakt worden door een ondermaatse patiëntveiligheid ongekend zijn, hetgeen op zijn beurt als gevolg heeft dat verbeterprojecten nauwelijks beoordeeld kunnen worden (Hellings, 2006). Er kan dan ook besloten worden dat de motivatie om te investeren in patiëntveiligheid zeer beperkt zou kunnen zijn omwille van deze tekortkomingen. De overheid zou deze motivatie op twee manieren kunnen bevorderen. Enerzijds zou ze kunnen investeren in meer diepgaand onderzoek met betrekking tot patiëntveiligheid zodat de kosten van onveiligheid zichtbaarder worden. Anderzijds zou ze naast efficiëntiegerelateerde criteria ook meer effectiviteit- of kwaliteitsgerelateerde criteria kunnen gebruiken bij de financiering van ziekenhuizen (Hellings, 2006). In afwachting van deze initiatieven zouden ziekenhuizen toch reeds een investering in een VMS kunnen overwegen. Hoewel er nog heel wat onderzoek vereist is om het belang van patiëntveiligheid te kwantificeren, kan er immers wel reeds gesteld worden dat het om een ernstige problematiek gaat (Hellings, 2006). Investeren in het verbeteren van de patiëntveiligheid zal op lange termijn de overlevingskansen van een ziekenhuis dan ook sterk kunnen verhogen, ook al leiden de investeringen niet tot een onmiddellijk rendement. Uiteraard is het hierbij noodzakelijk om de gerichtheid op de lange termijn expliciet in de visie op te nemen. Enkel op die manier ontstaat momenteel immers de mogelijkheid om een investering in patiëntveiligheid op een bedrijfseconomische manier te verantwoorden.

Naast het erkennen van patiëntveiligheid als onderdeel van de visie dient het topmanagement, zoals reeds gemeld, ook op regelmatige basis de waarde ervan te benadrukken. Niet alleen het

---

<sup>1</sup> In de literatuur wordt o.a. gesproken van dwingend, normatief en nabootsend isomorfisme (Abernethy et al., 2007).



engagement van het topmanagement zelf is immers vereist, ook de medewerkers dienen gemotiveerd en geïnspireerd te worden door het beliefs system en dus in dit geval het systeem ter ontwikkeling van een veiligheidscultuur. Hoewel uit het vorige hoofdstuk bleek dat het systeem ter ontwikkeling van een veiligheidscultuur op een effectieve manier deze motivatie en inspiratie aanwakkerde, roept het in beschouwing nemen van het algemene MCS toch extra vragen op. Aangezien het topmanagement ook efficiëntie zeer belangrijk zal vinden, lijken de waarden van professionele werknemers nu immers wel deels te conflicteren met de organisationele waarden. De effectiviteit van het systeem ter ontwikkeling van een veiligheidscultuur zal dan ook afhangen van de mate waarin deze professionele werknemers nog werkelijk geloven dat het topmanagement patiëntveiligheid als een belangrijke organisationele waarde beschouwt. Indien dit geloof er niet is, zal de ontwikkeling van een veiligheidscultuur onmogelijk gerealiseerd kunnen worden. Een mogelijkheid om dit probleem aan te pakken is managementparticipatie van artsen. Artsen die ook deel uitmaken van het management zijn volgens Abernethy en Stoelwinder (1990) immers beter in staat om de belangenconflicten tussen de zorgstaf en het topmanagement te begrijpen. Hierdoor zouden enerzijds de (schijnbare) conflicterende waarden dan ook geharmoniseerd kunnen worden en zou anderzijds een geïntegreerd beslissingsproces ontwikkeld kunnen worden. Het spreekt dan ook voor zich dat dit de ontwikkeling van een veiligheidscultuur enkel maar kan bevorderen. (Abernethy en Stoelwinder, 1990)

### 5.1.2 Boundary System

In het eerste hoofdstuk werd geconcludeerd dat een VMS op zichzelf geen boundary system leek te omvatten. Wel wordt er in de literatuur over veiligheidsmanagementsystemen regelmatig verwezen naar voorwaarden waaraan het boundary system van een ziekenhuis moet voldoen opdat een VMS een effectieve werking kan hebben. Het is dan ook vanzelfsprekend dat de boundaries die opgenomen zijn in het algemene MCS een grote invloed zullen hebben op de effectiviteit van een VMS.

Uit de literatuur blijkt dat de in ziekenhuizen ingevoerde boundaries voornamelijk betrekking hebben op de wetgeving en op regels opgelegd door ziekenfondsen. Hoewel Simons (1995) stelt dat grenzen ook vaak ingevoerd worden nadat zich een ernstig incident heeft voorgedaan, kan hiervan geen bewijs gevonden worden in de literatuur. De aanwezigheid van voldoende grenzen die specifiek betrekking hebben op de patiëntveiligheid kan dan ook in vraag worden gesteld. Naast de afwezigheid van een boundary system in een VMS, lijkt dus ook het algemene MCS slechts in zeer beperkte mate boundaries met betrekking tot patiëntveiligheid te omvatten. Een mogelijke reden hiervoor wordt gegeven door Abernethy en Stoelwinder (1990). Zij stellen immers dat artsen een grote autonomie en controle over hun prestaties eisen en meestal ook krijgen omwille van de

controle die ze hebben over het 'productieproces'. Ook Hellings (2006, p.33) stelt dat "professionele autonomie ... een belangrijke karakteristiek is van de medische professie".

Hoewel uit het vorige hoofdstuk bleek dat de afwezigheid van een boundary system niet echt een grote belemmering leek te vormen voor de globale werking van een VMS, dient deze conclusie toch herzien te worden bij het in beschouwing nemen van de invloed van het algemene MCS. Zo zou dit algemene MCS ertoe kunnen bijdragen dat bepaalde medewerkers zich te zeer zullen focussen op efficiëntiecriteria waardoor er niet meer vanuit kan worden gegaan dat iedereen dezelfde waarden nastreeft. De ontwikkeling van een veiligheidscultuur zou hierdoor dan ook bemoeilijkt kunnen worden. Aangezien de cultuur van een organisatie naast het beliefs system ook bepaald wordt door het boundary system (Simons, 1995), zou het opstellen van (business conduct) boundaries dit probleem kunnen oplossen. Willems (2004, p.13) stelt dan ook nadrukkelijk dat "ziekenhuisdirecties bindende afspraken [moeten kunnen] maken met alle medewerkers ... over het veiligheidsbeleid." Hierbij aansluitend vermeldt hij dat ziekenhuisdirecties ook meer sanctiemogelijkheden zouden moeten krijgen aangezien zij de eindverantwoordelijkheid voor patiëntveiligheid moeten dragen. De bestaande autonomie dient volgens hem dan ook doorbroken te worden om een echt veiligheidsbeleid te kunnen voeren.

Het introduceren van business conduct boundaries en dus het doorbreken van de autonomie van artsen zou uiteraard tot vele negatieve reacties kunnen leiden. Toch stelt Simons (1995) dat deze negativiteit eerder beperkt zal zijn voor grenzen die in lijn liggen met de persoonlijke standaarden van de medewerkers. Er kan dan ook verwacht worden dat grenzen die betrekking hebben op de patiëntveiligheid over het algemeen goed onthaald worden. Hierbij is het natuurlijk wel noodzakelijk dat artsen de grenzen ook percipiëren als een middel om de patiëntveiligheid te verbeteren. Daarnaast stelt Simons (1995) duidelijk dat boundary systems niet noodzakelijk de vrijheid van medewerkers moeten beperken, vaak kunnen ze zelfs bevrijdend zijn. Via deze systemen wordt er immers op een duidelijke manier weergegeven wat er van iedereen verwacht wordt. Hierdoor bieden de systemen dan ook een zekere bescherming aan de medewerkers. Zo kunnen medewerkers steeds hun acties of beslissingen onderbouwen aan de hand van bestaande regels. Op deze manier wordt dan ook voorkomen dat medewerkers zomaar berispt kunnen worden omwille van elke beslissing die ze nemen of actie die ze uitvoeren. (Simons, 1995)

Bij het opstellen van boundaries met betrekking tot patiëntveiligheid dient nog wel steeds rekening te worden gehouden met de invloed op de andere componenten van een VMS. Zo dient er o.a. voor gezorgd te worden dat het 'blame-free' rapporteren nog steeds mogelijk blijft. Alle mogelijke invloeden in overweging nemen, vormt uiteraard een bijzonder moeilijke taak. Managementparticipatie van artsen zou dan ook hier een meerwaarde kunnen bieden om de problematiek op een doordachte wijze aan te pakken. Een andere moeilijkheid heeft betrekking op de beslissing waar deze boundaries opgenomen dienen te worden. Ze zouden immers zowel een

onderdeel van het VMS als een onderdeel van het algemene MCS kunnen vormen. Hoewel deze beslissing bij een volledige integratie van het VMS in het algemene MCS zou wegvallen, lijkt het opnemen van de boundaries in het VMS me voorlopig de beste oplossing. Op deze manier wordt de leegte van een VMS immers opgevuld waardoor haar effectiviteit groter zal zijn. Daarnaast wordt ook de eventuele integratie van het VMS in het algemene MCS vergemakkelijkt aangezien alle componenten van patiëntveiligheid zo in eenzelfde systeem vervat zitten.

### 5.1.3 Diagnostic Control System

#### 5.1.3.1 Budgetten

Een diagnostic control system dat in het algemene MCS van ziekenhuizen vaak gebruikt wordt, zijn budgetten (Nyland & Pettersen, 2004). Deze worden over het algemeen immers als een geschikt instrument beschouwd voor het bevorderen van de efficiëntie, hetgeen omwille van de huidige financieringswijze van ziekenhuizen zeer belangrijk is. Toch zijn er heel wat aandachtspunten waarmee rekening zou moeten worden gehouden bij het introduceren van budgetten. Een eerste aandachtspunt heeft betrekking op het eerder gemelde gevaar van de 'measurement trap'. Zo zou een te sterke focus op budgetten ertoe kunnen leiden dat patiëntveiligheid in zijn geheel verwaarloosd wordt. Een tweede aandachtspunt heeft betrekking op de specifieke structuur en werking van een ziekenhuis, dewelke volgens Nyland en Pettersen (2004) zeer complex is. Zo bestaat een ziekenhuis uit verschillende afdelingen die op hun beurt opgesplitst kunnen worden in diverse niveaus. Omwille van het feit dat patiënten ook nog eens vaak verschillende afdelingen doorlopen gedurende het zorgproces, is het vaststellen van nauwkeurige budgetten een bijzonder moeilijke opgave. Daarnaast is samenwerking tussen zorgverleners vaak noodzakelijk om patiënten een kwalitatief goede behandeling te kunnen geven. Het gebruik van budgetten zou deze samenwerking echter kunnen beperken, hetgeen een sterke negatieve impact zou kunnen hebben op de kwaliteit van de zorg (Nyland & Pettersen, 2004). In werkelijkheid blijken budgetten echter voornamelijk op de hoogste niveaus van een ziekenhuis van belang te zijn terwijl ze op het operationele niveau slechts een zeer geringe betekenis hebben. Zo maakt budgettaire verantwoordelijkheid op het operationele niveau plaats voor klinische verantwoordelijkheid waardoor de aandacht voor economische informatie hier vaak nihil is (Nyland & Pettersen, 2004). Deze klinische verantwoordelijkheid legt wellicht geen beperkingen op aan het streven naar patiëntveiligheid. Toch zou steeds nagegaan moeten worden of het toenemende gebruik van budgetten geen invloed heeft op deze klinische verantwoordelijkheid en dus mogelijk ook op de kwaliteit van de zorg.

### 5.1.3.2 *Balanced Scorecards*

Een instrument dat steeds meer aandacht krijgt binnen de medische sector is de 'balanced scorecard', ontwikkeld door Kaplan en Norton in 1992. Balanced scorecards focussen zich op vier verschillende domeinen die samen de richting naar succes op lange termijn aangeven (Aidemark, 2001). Meer bepaald kan er een onderscheid gemaakt worden tussen het 'customer perspective', het 'financial perspective', het 'internal business perspective' en het 'innovation and learning perspective' (Aidemark, 2001). De prestatie op elk domein zal hierbij gemeten worden via specifieke diagnostic control system measures (Simons, 1995).

De balanced scorecard heeft als grote meerwaarde dat het de doelconflicten binnen een ziekenhuis kan doen verminderen (Aidemark, 2001). Omwille van de specifieke structuur en strategie van een ziekenhuis zullen hiervoor wel vaak enkele aanpassingen aan de originele balanced scorecard dienen te gebeuren, zoals blijkt uit het werk van Zelman, Pink en Matthias (2003). Deze aanpassingen hebben echter geen significante wijziging in de werking van de balanced scorecard tot gevolg. Het is dan ook mogelijk om de algemene invloed van een balanced scorecard op een VMS te beoordelen zonder elke mogelijke aanpassing afzonderlijk in beschouwing te nemen.

De belangrijkste invloed die de aanwezigheid van een balanced scorecard zal hebben op een VMS, is het overbodig maken van patiëntveiligheidsindicatoren als onderdeel van dit VMS. Een balanced scorecard zou theoretisch gezien immers zowel efficiëntie-indicatoren, relevant voor het management, als klinische indicatoren, relevant voor zorgprofessionals, moeten omvatten (Aidemark, 2001, in Aberntethy et al., 2007). Er kan dan ook verwacht worden dat deze klinische indicatoren in grote mate overeenstemmen met de patiëntveiligheidsindicatoren aangezien ze hetzelfde doel beogen. Dit zou uiteraard kunnen leiden tot dubbele metingen, hetgeen best voorkomen kan worden. De behoefte aan 'process measures' en 'structural factors' lijkt minder beïnvloed te worden door de aanwezigheid van een balanced scorecard aangezien deze laatste voornamelijk resultaten zal proberen te meten, hetgeen 'process measures' en 'structural factors' niet toelaten.

### 5.1.4 Interactive Control System

Hoewel Simons (1995) budgetten en balanced scorecards als diagnostic control systems beschouwt, blijkt uit de literatuur dat deze instrumenten in ziekenhuizen ook vaak gebruikt worden als onderdeel van een interactive control system. Zo stellen Nyland en Pettersen (2004) dat budgetten op het operationele niveau van een ziekenhuis vaak geen formeel controlemechanisme blijken te zijn. Daarentegen wordt over budgetten vaak gesproken gedurende informele gesprekken om op die manier de bekommelingen van het management in overeenstemming te

brengen met die van het verzorgend personeel. Simons (1995) stelt dat voornamelijk het middle management een grote rol heeft bij interactive control systems aangezien zij beschouwd kunnen worden als de belangrijke knooppunten in het informatienetwerk van een organisatie. In ziekenhuizen zullen het dan ook de clinical managers zijn die aansturen op deze gesprekken (Nyland & Pettersen, 2004). Aangezien men ervan uitgaat dat artsen een grote klinische verantwoordelijkheid hebben, kan er verwacht worden dat er gedurende de gesprekken ook vaak over patiëntveiligheid gesproken zal worden. Naast het delen en communiceren van informatie omtrent budgetten, zou dit interactive control system dan ook gebruikt kunnen worden om kwesties in verband met patiëntveiligheid aan het licht te brengen. Deze gesprekken zouden dan ook een aanvulling kunnen vormen op de reeds bestaande interactive control systems van een VMS.

Met betrekking tot balanced scorecards stelt Aidemark (2001) dat deze in ziekenhuizen ook vaak gebruikt worden als een instrument voor het bevorderen van dialoog en communicatie, voornamelijk tussen het verzorgend personeel en het management. Vooral in een initiële fase zal een interactief gebruik van de balanced scorecard gehanteerd worden omdat het dan vaak nog niet mogelijk is om de juiste measures en standaarden op te stellen om aan formele controle te kunnen doen (Aidemark, 2001). Aangezien één onderdeel van de balanced scorecard betrekking heeft op de klant (Simons, 1995) en in het geval van ziekenhuizen dus op de patiënt, zal patiëntveiligheid sowieso een belangrijke topic vormen binnen dit instrument. Een ander onderdeel heeft daarnaast betrekking op de interne processen (Simons, 1995), waar patiëntveiligheid uiteraard ook van groot belang zal zijn. Deze onderdelen van de balanced scorecard zouden dus ook een aanvulling op een VMS kunnen vormen.

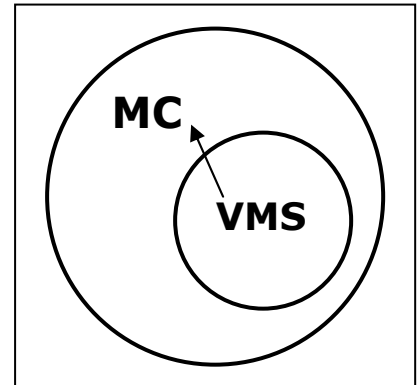
#### 5.1.5 Conclusie

Het algemene MCS van een ziekenhuis blijkt heel wat invloeden uit te oefenen op een VMS. Zo zou het beliefs system van de organisatie een negatieve invloed kunnen uitoefenen op de ontwikkeling van een veiligheidscultuur indien de focus te weinig gericht wordt op patiëntveiligheid. Ook de afwezigheid van boundaries die betrekking hebben op patiëntveiligheid zou de ontwikkeling van een dergelijke cultuur kunnen bemoeilijken. Daarnaast lijkt de balanced scorecard als diagnostic control system het gebruik van patiëntveiligheidsindicatoren als onderdeel van een VMS overbodig te maken. Het gebruik van deze scorecard als interactive control system zou daarentegen juist een meerwaarde kunnen betekenen voor een VMS, hetgeen ook geldt voor budgetten. Een diagnostisch gebruik van budgetten zou echter tot een verwaarlozing van patiëntveiligheid kunnen leiden, voornamelijk bij het management. Uiteraard dient met al deze mogelijke invloeden rekening te worden gehouden bij de implementatie van een VMS. Waarschijnlijk zullen dan ook enkele aanpassingen aan het algemene MCS moeten gebeuren opdat een effectieve werking van het VMS

gegarandeerd kan worden. De analyse van welke aanpassingen doorgevoerd zouden moeten worden, zou hierbij het meest efficiënt verlopen moest een VMS als een integraal onderdeel van het algemene MCS beschouwd worden. Dit vormt dan ook reeds een belangrijk argument om te streven naar verdere integratie van het VMS in het algemene MCS van een ziekenhuis.

## 5.2 Invloed van een VMS op het algemene MCS

Om de mogelijke invloed van een VMS op het algemene MCS weer te geven, zal terug gebruik worden gemaakt van de indeling van de vorige hoofdstukken. Per onderdeel van een VMS zal dus nagegaan worden in welke mate dit onderdeel een invloed kan hebben op onderdelen van het algemene MCS van een ziekenhuis. Het afronden van deze analyse zou moeten leiden tot een definitieve uitspraak met betrekking tot de mogelijkheid en wenselijkheid van integratie van een VMS in het algemene MCS van een ziekenhuis.



Figuur 7: Focus deelvraag 3b

### 5.2.1 Beliefs System

Net zoals het beliefs system van een ziekenhuis een negatieve invloed kan uitoefenen op het systeem ter ontwikkeling van een veiligheidscultuur, is ook de omgekeerde relatie mogelijk. Aangezien het systeem ter ontwikkeling van een veiligheidscultuur inspeelt op een waarde die door professionele werknemers hoog in het vaandel wordt gedragen, lijkt het zelfs meer dan waarschijnlijk dat voornamelijk dit systeem voor hen een motiverende en inspirerende werking zal hebben. Mogelijk wordt door het verzorgend personeel dan ook slechts heel beperkte aandacht besteed aan de andere doelstellingen, waaronder efficiëntie, die in de missie en visie van de organisatie zijn opgenomen. Dit wordt bevestigd door Nyland en Pettersen (2004). Zij stellen immers dat artsen voornamelijk geleid worden door klinische normen en waarden omwille van hun sterk verantwoordelijkheidsgevoel ten opzichte van hun patiënten.

Anderzijds zou dit onderdeel van een VMS wel het management, dat meer gefocust is op efficiëntie, kunnen motiveren om ook rekening te houden met kwaliteitscriteria. Op die manier zou het systeem ter ontwikkeling van een veiligheidscultuur dan ook tot een zekere convergentie van doelen tussen de hogere en lagere niveaus van een ziekenhuis kunnen leiden, zij het enkel met betrekking tot kwaliteit.

### 5.2.2 Boundary System

Er werd reeds gesteld dat het opstellen van boundaries die betrekking hebben op patiëntveiligheid een meerwaarde zou kunnen betekenen voor een VMS. Ook de invloed van deze boundaries op het algemene MCS mag niet onderschat worden. Meer bepaald zal hier waarschijnlijk een gelijkaardig effect vastgesteld kunnen worden als bij het systeem ter ontwikkeling van een veiligheidscultuur. Zo zou het boundary system er enerzijds toe kunnen leiden dat het management van ziekenhuizen meer rekening houdt met de kwaliteit van de zorg. Anderzijds bestaat wel de kans dat de nadruk te veel op deze kwaliteit wordt gelegd waardoor de aandacht voor efficiëntie mogelijk verwatert.

### 5.2.3 Diagnostic Control System

Zoals in de vorige paragraaf werd gesteld, zou het introduceren van een balanced scorecard de patiëntveiligheidsindicatoren als onderdeel van een VMS overbodig kunnen maken. Omgekeerd zouden uiteraard wel heel wat van deze indicatoren opgenomen kunnen worden in de balanced scorecard, hetgeen de effectiviteit ervan alleen maar zou verhogen. Bij het opstellen van een balanced scorecard is het dan ook zeker aan te raden deze patiëntveiligheidsindicatoren in overweging te nemen aangezien zij misschien reeds de beoogde resultaten weergeven.

Aangezien het 'customer perspective' en het 'internal business perspective' twee belangrijke onderdelen vormen van een balanced scorecard, kunnen ook gegevens die verkregen worden indien de patiënt als partner beschouwd wordt, gebruikt worden binnen deze balanced scorecard. Uiteraard zullen hierbij voornamelijk de outcome measures van dit onderdeel van een VMS interessant zijn aangezien een balanced scorecard steeds resultaten zal trachten te meten.

Ten slotte zullen gegevens uit deze onderdelen van een VMS ook gebruikt kunnen worden bij het opstellen van budgetten, hetgeen zou kunnen leiden tot meer overeenstemming tussen het management en het verzorgend personeel. Enerzijds zou het gebruik van deze gegevens immers tot een verhoogde acceptatie van de budgetten kunnen leiden aangezien het management een duidelijk signaal geeft dat niet alleen efficiëntie voor haar belangrijk is. Anderzijds zou het gebruik van deze gegevens kunnen bijdragen aan een meer formele vaststelling van de budgetten. Aangezien willekeurigheid in het opstellen van budgetten momenteel in sterke mate aanwezig blijkt te zijn in ziekenhuizen (Nyland & Pettersen, 2004), zou dit dan ook tot meer duidelijkheid en een betere communicatie kunnen leiden. Op deze manier wordt het dan ook gemakkelijker om budgetten samen op te stellen, hetgeen volgens Simons (1995) de acceptatie en motivatie alleen maar ten goede kan komen.

#### 5.2.4 Interactive Control System

Uit de vorige paragraaf bleek dat budgetten en balanced scorecards ook vaak op een interactieve manier gebruikt worden waardoor ze een aanvulling op de interactive control systems van een VMS zouden kunnen vormen. De omgekeerde relatie is uiteraard ook mogelijk. Meer bepaald zouden incidentmeldingssystemen meer specifieke problemen met betrekking tot het 'internal business perspective' kunnen blootleggen waardoor ze een perfecte aanvulling op de balanced scorecard zouden kunnen zijn. Daarnaast zouden ook de prospectieve risicoanalyses een grote bijdrage aan de balanced scorecard kunnen leveren. Zelfs het louter beschrijven van processen, één van de stappen van HFMEA (DeRosier et al., 2002), zou reeds van grote betekenis kunnen zijn. Deze beschrijving zou het opstellen van indicatoren en standaarden voor een balanced scorecard immers aanzienlijk vergemakkelijken. Het is dan ook zeker niet enkel bij een interactief gebruik van de balanced scorecard dat deze analyses nuttig zijn. Een gegronde beschrijving van processen zou er daarnaast ook voor kunnen zorgen dat een betere schatting van de resourceconsumptie door deze processen gemaakt kan worden, hetgeen het opstellen van budgetten zowel zal vergemakkelijken als objectiveren. Ook hier geldt dus dat prospectieve risicoanalyses een grote bijdrage kunnen leveren bij zowel een interactief als diagnostisch gebruik van budgetten. Ten slotte zal ook informatie van de meldingssystemen gebruikt kunnen worden bij het opstellen van deze budgetten. Toch zal deze informatie vooral bij een interactief gebruik van budgetten handig zijn.

#### 5.2.5 Conclusie

Net zoals het algemene MCS van een ziekenhuis heel wat invloeden uitoefent op een VMS, lijkt ook de omgekeerde relatie geldig. Zo zou het systeem ter ontwikkeling van een veiligheidscultuur ervoor kunnen zorgen dat de andere doelstellingen van een ziekenhuis, waaronder efficiëntie, door het verzorgend personeel nog meer verwaarloosd worden. Anderzijds zou dit systeem wel het (efficiëntiegericht) management kunnen motiveren om meer rekening te houden met de kwaliteit van de zorg. Ook het implementeren van een boundary system als onderdeel van een VMS zou dezelfde effecten kunnen hebben. Patiëntveiligheidsindicatoren zouden daarnaast perfect geïntegreerd kunnen worden in de balanced scorecard van een ziekenhuis of afdeling. Ook outcome measures die verkregen worden bij het beschouwen van de patiënt als partner zouden een meerwaarde kunnen betekenen voor deze balanced scorecard. Deze onderdelen van een VMS lijken ook bijzonder nuttig bij het opstellen van budgetten aangezien ze de procedure in een grote mate zouden kunnen objectiveren. Ook prospectieve risicoanalyses zouden hieraan kunnen bijdragen. Bij een dergelijke analyse zal immers steeds een beschrijving van het proces worden gemaakt waardoor de resourceconsumptie van dat proces beter geschat kan worden. Een dergelijke beschrijving zal ook het opstellen van indicatoren en standaarden voor de balanced scorecard



vergemakkelijken. Ten slotte kunnen ook incidentmeldingssystemen een aanvulling vormen op de balanced scorecard en budgetten, voornamelijk bij een interactief gebruik van deze instrumenten.

### **5.3 Integratie van het VMS in het MCS?**

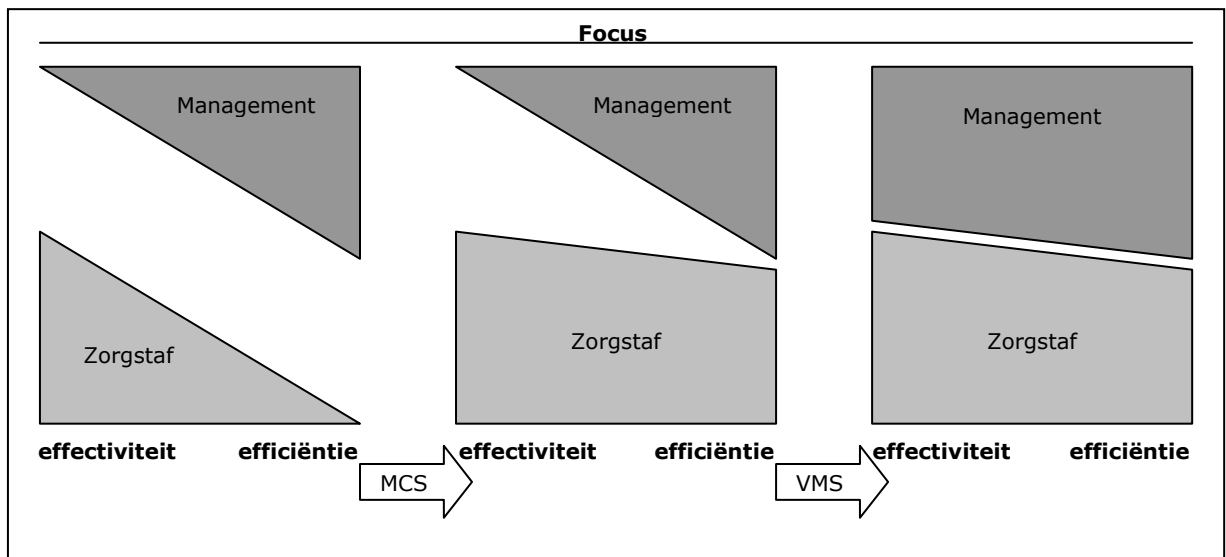
Nu de invloeden in beide richtingen bestudeerd werden, kan de mogelijkheid en wenselijkheid van integratie van het VMS in het algemene MCS nader onderzocht worden. De structuur die hiervoor gebruikt zal worden, is gelijk aan het eerste deel van dit hoofdstuk. Er zal dus een opsplitsing per onderdeel van het algemene MCS worden gemaakt.

#### **5.3.1 Beliefs System**

Uit voorgaande analyses bleek duidelijk dat het beliefs system van de organisatie een aanzienlijke invloed kan hebben op het beliefs system van een VMS (het systeem ter ontwikkeling van een veiligheidscultuur). Ook omgekeerd bleek er sprake te zijn van serieuze beïnvloeding. Omwille van deze sterke relaties kan en mag een VMS niet als een onafhankelijk deel van het algemene MCS beschouwd worden. Daarentegen zouden ze als één geheel gezien moeten worden om op deze manier de invloeden in balans te brengen. Het feit dat beide systemen tegengestelde doelen schijnen na te streven, lijkt dit balanceren echter tot een bijzonder moeilijke opdracht te herleiden.

Zo streeft een VMS voornamelijk naar effectiviteit terwijl het algemene MCS ook efficiëntie als streefdoel zal hebben. Om deze efficiëntie te kunnen nastreven, is volgens Abernethy et al. (2007) een verandering nodig in de diepgewortelde professionele cultuur van artsen waarin geen rekening wordt gehouden met efficiëntiecriteria. Er zou dan ook besloten kunnen worden dat het algemene MCS een overgang van een effectiviteitgerichte cultuur naar een efficiëntiegerichte cultuur nastreeft terwijl een VMS de nadruk legt op het creëren van een veiligheidscultuur (effectiviteit) met slechts een beperkte aandacht voor efficiëntie. Hoewel deze systemen niet te vereenzelvigen lijken, zou dit nu toch net de oplossing kunnen zijn om de effectiviteit van beide systemen te bevorderen. Er is namelijk één concept dat deze twee systemen sterk met elkaar verbindt waardoor synergie zeker mogelijk is. Meer bepaald gaat het hierbij om 'systeemverantwoordelijkheid'. Eerder werd reeds gesteld dat patiëntveiligheid een systeemverantwoordelijkheid hoort te zijn waarbij de betrokkenheid van zowel het verzorgend personeel als het management zeer belangrijk is (Hellings, 2006). Daarnaast lijkt het algemene MCS ook de gerichtheid op efficiëntie als een systeemverantwoordelijkheid te beschouwen waardoor ook de zorgstaf hierin zijn bijdrage zou moeten leveren. De eindconclusie die, mijns inziens, dan ook getrokken kan worden, is dat beide systemen samen wel degelijk eenzelfde doel nastreven, namelijk gezamenlijke verantwoordelijkheid voor zowel de effectiviteit als efficiëntie van

de zorg. Op onderstaande figuur is te zien hoe deze gezamenlijke verantwoordelijkheid via de twee systemen gerealiseerd kan worden. Enerzijds zorgt het algemene MCS ervoor dat de zorgstaf meer aandacht schenkt aan efficiëntie terwijl het VMS ervoor zorgt dat het management meer aandacht besteedt aan de effectiviteit en kwaliteit van de zorg. Uiteraard is het hierbij van belang dat deze gezamenlijke verantwoordelijkheid in de praktijk ook werkelijk op beide vlakken wordt gerealiseerd. Het vinden van de juiste balans tussen beide systemen blijft dan ook uiterst noodzakelijk. Dit houdt uiteraard in dat constant rekening dient te worden gehouden met de invloed van het ene op het andere systeem. De integratie van het VMS in het algemene MCS lijkt dan ook meer dan wenselijk aangezien er op deze manier sowieso aan deze voorwaarde voldaan zal worden. Aangezien bleek dat beide systemen eenzelfde doel nastreven, werd daarnaast aangetoond dat deze integratie ook werkelijk mogelijk is.



Figuur 8: Gezamenlijke verantwoordelijkheid voor zowel de effectiviteit als efficiëntie van de zorg

Hoewel integratie van het VMS in het algemene MCS wenselijk lijkt, zullen voornamelijk de overheid en de zorgverzekeraars ervoor kunnen zorgen dat enerzijds deze integratie werkelijk gerealiseerd wordt en anderzijds een juiste balans tussen efficiëntie en effectiviteit wordt nagestreefd. De wijze van financiering bepaalt immers in sterke mate met welke doelstelling het meest rekening zal worden gehouden. Zo stellen Eldenburg en Krishnan (2007) dat financiering op basis van gemaakte kosten voornamelijk het streven naar kwaliteit aanmoedigt terwijl prospective payment systems eerder efficiëntie aanmoedigen. Hoewel reeds werd gesteld dat investeren in patiëntveiligheid de overlevingskansen van een ziekenhuis op lange termijn zeker zal verhogen, lijkt dit geen voldoende garantie opdat ziekenhuizen deze investeringen ook daadwerkelijk zullen doorvoeren. De eerder vermelde taak van de overheid om naast efficiëntiegerelateerde criteria ook meer effectiviteit- of kwaliteitsgerelateerde criteria te gebruiken bij de financiering van

ziekenhuizen, lijkt dan ook uiterst belangrijk. Ook de zorgverzekeraars dienen kwaliteit en veiligheid een vaste plaats te geven in hun contracten met ziekenhuizen (Willems, 2004). Om een gepaste financiering te kunnen verschaffen, is investeren in onderzoek met betrekking tot patiëntveiligheid uiteraard noodzakelijk. Dit onderzoek zal ziekenhuizen er daarnaast toe aanzetten sneller te investeren in patiëntveiligheid aangezien de kosten van onveiligheid zichtbaarder zullen worden. Toch lijkt dit nog een lange weg te zijn. Naast een tekort aan gegevens met betrekking tot patiëntveiligheid (Hellings, 2006), is er immers ook nog steeds onenigheid met betrekking tot de vraag hoe bepaalde interventies economisch geëvalueerd moeten worden (Evers, 2010). In afwachting van verder onderzoek met betrekking tot deze topic, dienen de overheid en zorgverzekeraars dan ook voorzichtig om te springen met het belonen van efficiëntie. Aangezien zij beschouwd kunnen worden als principaal en de ziekenhuizen als agent, kan immers ook hier een gevaarlijke 'measurement trap' ontstaan.

### 5.3.2 Boundary System

Het opstellen van boundaries vormt een delicate taak voor het management van een ziekenhuis aangezien een onevenwichtige balans tussen de boundaries die betrekking hebben op patiëntveiligheid en de boundaries die betrekking hebben op efficiëntie ernstige gevolgen kan hebben. Indien één van beide criteria zwaar verwaarloosd wordt, bestaat immers de kans op een faillissement, zij het dat bij verwaarlozing van effectiviteitscriteria dit faillissement een indirect gevolg zal zijn van grote schadeclaims en een slechte reputatie. Het lijkt dus zeker noodzakelijk om patiëntveiligheid en efficiëntie samen in overweging te nemen bij het opstellen van boundaries. Integratie van het VMS in het algemene MCS is dan ook hier aan te bevelen.

### 5.3.3 Diagnostic Control System

Hoewel de balanced scorecard beschouwd wordt als een controle-instrument dat op een gepastere wijze rekening houdt met de complexe werking van een ziekenhuis dan andere controle-instrumenten, heeft toch ook dit instrument zijn beperkingen. Deze beperkingen zijn in grote mate vergelijkbaar met die van de patiëntveiligheidsindicatoren, hetgeen uiteraard vanzelfsprekend is. Zo kunnen er vraagtekens geplaatst worden bij de compleetheid, responsiviteit en objectiviteit van de uitgevoerde metingen. Daarnaast blijkt ook het definiëren van standaarden bijzonder moeilijk. Ten slotte blijken de oorzaak-gevolg relaties waarop de balanced scorecard gebaseerd is niet steeds aanwezig te zijn binnen de zorgsector. Een voorbeeld hiervan is de afwezigheid van de causale relatie tussen het 'customer perspective' en het 'financial perspective'. Omwille van deze beperkingen dient de balanced scorecard dan ook verschillende aanpassingen te ondergaan alvorens bruikbaar te zijn in de zorgsector. (Aidemark, 2001)

Reeds uitgevoerde aanpassingen in verscheidene zorginstellingen werden samengevat in het werk van Zelman et al. (2003). Hoewel de volledige integratie van het diagnostic control system van een VMS in de balanced scorecard niet vernoemd wordt als mogelijke aanbeveling, zou dit, mijns inziens, toch zeer waardevol kunnen zijn. Naast de patiëntveiligheidsindicatoren, zouden immers ook de gebruikte 'process measures' en 'structural factors' binnen een VMS een bijdrage kunnen leveren aan de effectiviteit van de balanced scorecard. Meer bepaald zouden ze de voornoemde beperkingen van de balanced scorecard enigszins kunnen reduceren om op die manier meer nauwkeurige controle mogelijk te maken.

Zoals reeds vermeld, zouden ook prospectieve risicoanalyses een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de effectiviteit van balanced scorecards aangezien hierbij grondige beschrijvingen van processen worden gemaakt, hetgeen het opstellen van measures en standaarden zou kunnen vergemakkelijken. Toch dringt de vraag zich op in welke mate men met dit doel rekening gaat houden bij de analyse van een proces. Aangezien een prospectieve risicoanalyse een onderdeel vormt van een VMS, zal immers voornamelijk de patiëntveiligheid centraal staan. De kans bestaat dan ook dat de opgestelde beschrijving van het proces minder bruikbaar is voor andere doeleinden dan het verbeteren van de patiëntveiligheid. Dit probleem zou voorkomen kunnen worden door het ontwikkelen van een methodologie voor de beschrijving van processen die met de verschillende doelstellingen rekening houdt. Dit kan echter het best gerealiseerd worden indien het VMS als integraal deel van het algemene MCS beschouwd zou worden. Dit zou het vinden van een gepaste balans tussen de verscheidene doelen immers aanzienlijk vergemakkelijken.

Prospectieve risicoanalyses bleken ook bijzonder nuttig te zijn bij het opstellen van budgetten aangezien via de beschrijvingen van processen ook een betere schatting gemaakt zou kunnen worden van de resourceconsumptie van deze processen. Toch kan er ook hier getwijfeld worden aan het feit of de opgestelde beschrijvingen daadwerkelijk deze schatting mogelijk maken. Het opnemen van deze doelstelling bij het ontwikkelen van de methodologie zou dan ook in dit geval een oplossing kunnen bieden. Omdat deze doelstelling werkelijk nagestreefd wordt, lijkt integratie van het VMS in het algemene MCS hier echter extra belangrijk. Er kan immers verwacht worden dat er slechts geringe aandacht aan deze doelstelling zal worden geschonken indien er geen gepaste omkadering wordt ontwikkeld. Het gaat immers duidelijk om een efficiëntiegerelateerde doelstelling die, zoals reeds gemeld, slechts in heel beperkte mate ter harte worden genomen door het verzorgend personeel.

Ten slotte bleek dat het opstellen van budgetten ook in grotere mate geobjectiveerd kon worden via het gebruik van patiëntveiligheidsindicatoren en verkregen gegevens van patiënten. Dit is uiteraard gunstig hoewel ook hier de verschillende doelstellingen geharmoniseerd zouden moeten worden. Integratie lijkt dan ook hier aangewezen.

#### 5.3.4 Interactive Control System

Zoals uit de vorige paragrafen bleek, kunnen zowel de interactive control systems van het algemene MCS een aanvulling vormen op het VMS als omgekeerd. Beter zou het dan ook zijn om alle interactive control systems te combineren binnen eenzelfde groep als onderdeel van het algemene MCS. Op deze manier zal de communicatie immers veel efficiënter kunnen verlopen en zullen bepaalde problemen meteen vanuit diverse standpunten bekeken kunnen worden. Daarnaast wordt met deze integratie ook voldaan aan de aanbeveling van Simons (1995) dat er niet te veel systemen interactief gebruikt zouden mogen worden aangezien de informatie dan niet meer verwerkt kan worden.

#### 5.3.5 Conclusie

Integratie van het VMS in het algemene MCS is zeker aan te bevelen aangezien hierdoor de invloeden die beide systemen op elkaar hebben op een gepaste manier omkaderd kunnen worden. Hoewel de (schijnbaar) tegengestelde doelstellingen van beide systemen deze integratie sterk leek te bemoeilijken, bleek er in een bredere context toch een gemeenschappelijke doelstelling aanwezig te zijn. Meer bepaald gaat het hier over gezamenlijke (zowel het management als het verzorgend personeel) verantwoordelijkheid voor zowel de effectiviteit als efficiëntie van de zorg. Integratie lijkt dan ook best mogelijk en zal het streven naar een juiste balans tussen beide doelstellingen zelfs vergemakkelijken. Toch kan deze balans in sterke mate beïnvloed worden door de ziekenhuisfinanciering waardoor de overheid hier steeds ruime aandacht aan dient te besteden.

Met betrekking tot de specifieke onderdelen van het algemene MCS, heeft integratie als belangrijkste voordeel dat de aanvullingen die de onderdelen van een VMS zouden kunnen vormen op dit MCS, ook werkelijk gerealiseerd zullen worden. Zo zal er bij het uitvoeren van prospectieve risicoanalyses meer rekening worden gehouden met het feit dat de gegevens die hieruit voortvloeien ook gebruikt zullen worden voor o.a. het bepalen van measures en standaarden voor de balanced scorecard en het opstellen van budgetten. Daarnaast kan de integratie van het diagnostic control system van het VMS in de balanced scorecard van een ziekenhuis zorgen voor een verhoogde effectiviteit van dit instrument. Naast het gebruik van outcome measures zouden immers ook de process measures en structural factors opgenomen kunnen worden om zo de bestaande beperkingen van de balanced scorecard (m.b.t. responsiviteit, compleetheid en objectiviteit) te kunnen reduceren. Ten slotte heeft integratie met betrekking tot de interactive control systems als grootste voordelen dat de communicatie binnen het ziekenhuis efficiënter zal verlopen, dat problemen meteen vanuit diverse standpunten bekeken kunnen worden en dat de hoeveelheid aan interactieve systemen beperkt wordt.

## 5.4 Algemene Conclusie

In dit hoofdstuk werd nagegaan welke invloed het algemene MCS van een ziekenhuis zou kunnen hebben op het VMS en omgekeerd. Aangezien heel wat invloeden gevonden werden en bleek dat het ene systeem de effectiviteit van het andere zowel kan verhogen als verlagen, bleek integratie van het VMS in het algemene MCS wenselijk om de negatieve invloeden te kunnen reduceren en de positieve invloeden te kunnen versterken. Een overzicht van de mogelijke invloeden kan in onderstaande tabel teruggevonden worden.

Toch leek deze integratie sterk bemoeilijkt te worden door de (schijnbaar) tegengestelde doelstellingen van beide systemen, namelijk effectiviteit en efficiëntie. In een bredere context werd echter wel een gemeenschappelijk doel gevonden, namelijk gezamenlijke verantwoordelijkheid voor zowel de effectiviteit als efficiëntie van de zorg, waardoor deze integratie toch best mogelijk bleek. Toch dient steeds rekening te worden gehouden met het belang van een evenwichtige balans tussen deze twee doelstellingen. Aangezien de overheid deze balans in sterke mate kan beïnvloeden via haar financiering, dient zij dan ook zeer voorzichtig om te springen met het belonen van efficiëntie.

Tabel 3: VMS als onderdeel van MC

Onderdeel	Mogelijke invloed		
	MCS op VMS	VMS op MCS	Integratie
Beliefs System	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwaarlozing van patiëntveiligheid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwaarlozing van efficiëntie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aandacht voor beide doelstellingen.</li> </ul>
Boundary System	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwaarlozing van patiëntveiligheid.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwaarlozing van efficiëntie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aandacht voor beide doelstellingen.</li> </ul>
Diagnostic Control System (DCS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Budgetten: mogelijke verwaarlozing van patiëntveiligheid, voornamelijk op managementniveau.</li> <li>• Balanced scorecards (BSCs): overbodig maken van patiëntveiligheids-indicatoren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiëntveiligheids-indicatoren: opneembaar in BSC + kunnen opstellen budgetten objectiveren.</li> <li>• De patiënt als partner: outcome measures hiervan opneembaar in BSC + kunnen opstellen budgetten objectiveren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opnemen van outcome measures, process measures en structural factors van het VMS in de BSC kan beperkingen van BSC (m.b.t. responsiviteit, compleetheid en objectiviteit) reduceren.</li> <li>• Bij prospectieve risico-analyses meer aandacht voor het feit dat de gegevens ook gebruikt worden voor opstellen BSCs en budgetten.</li> </ul>

Interactive Control System (ICS)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Budgetten: aanvulling op het ICS van een VMS.</li><li>• Balanced scorecards (BSCs): aanvulling op het ICS van een VMS.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Incidentmeldings-systemen: aanvulling op interactieve BSCs en budgetten.</li><li>• Prospectieve risico-analyses: hulp bij opstellen measures en standaarden voor BSC + hulp bij en objectivering van opstellen budgetten</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Efficiëntere communicatie + multifocale aanpak problemen + beperking aantal interactieve systemen.</li></ul>
----------------------------------	--	--	--

## **6 Discussie**

In dit hoofdstuk zal dieper ingegaan worden op de relevantie van dit werk. Enerzijds zal nagegaan worden welke beperkingen mogelijk afbreuk zouden kunnen doen aan de theoretische relevantie. Anderzijds zal nagegaan worden in welke mate dit werk nog een bijdrage kan leveren aan de praktijk.

### **6.1 Theoretische relevantie**

Op theoretisch vlak werden in deze studie heel wat keuzes en veronderstellingen gemaakt die de draagkracht van dit werk zouden kunnen inperken. In deze paragraaf zal dan ook een overzicht worden gegeven van deze keuzes en veronderstellingen, evenals van de redenen waarom deze gemaakt werden en van de mogelijke implicaties ervan op de conclusies.

#### **6.1.1 Simons**

De keuze om het model van Simons als basis voor dit werk te gebruiken, is ongetwijfeld de meest belangrijke van dit werk geweest. Hoewel deze beslissing genomen werd omwille van de overzichtelijke en abstracte manier waarop Simons een MCS weergeeft, is dit model uiteraard niet als enige geschikt om een VMS nader te bestuderen. Het gebruik van andere modellen zou dan ook weer andere mogelijke problemen zichtbaar kunnen maken. Zo zou het benaderen van een VMS vanuit de literatuur van o.a. Merchant en Van der Stede (2003) of Anthony en Herzlinger (1980) weer een ander licht kunnen werpen op de hele problematiek. Ook het decision making framework van Thompson en Tuden (1959, in Abernethy et al., 2007) of het innovatieraamwerk van Davila (2005) zou een sterke basis kunnen vormen voor de analyse van veiligheidsmanagementsystemen om op die manier nieuwe inzichten te kunnen verwerven. Verder onderzoek vanuit andere modellen is dus zeker aan te bevelen, hoewel ik hieruit geen strijdige resultaten met deze studie verwacht. Hoewel de verschillende auteurs MC op een iets andere manier bekijken, blijkt er immers toch een grote overeenstemming te zijn met betrekking tot de opbouw van management control systems. De keuze om het model van Simons als basis te gebruiken kan, mijns inziens, dan ook moeilijk als foutief beschouwd worden.

Toch heeft het model van Simons uiteraard zijn beperkingen. Zo is het feit dat het om een overzichtelijk en abstract model gaat, niet enkel een voordeel. Het maakt immers ook dat een VMS niet tot in het kleinste detail geanalyseerd zal kunnen worden. Dit was dan ook zeker niet de doelstelling van dit werk. De doelstelling was om de belangrijkste struikelblokken voor een effectief VMS te omschrijven en te verklaren. Deze omschrijving zal dan ook geenszins de hele problematiek



belichten. Toch gaf het model van Simons de mogelijkheid een algemeen kader te creëren waarin ook de meer specifieke problemen ingepast zullen kunnen worden. Daarnaast kan de vraag gesteld worden of het model van Simons zich niet te veel focust op winstgerichte ondernemingen. Dit zou uiteraard ook als een beperking gezien kunnen worden, maar zeker niet als een argument om het model als onbruikbaar te beschouwen. Hoewel MC in non-profit organisaties enigszins bemoeilijkt wordt door de afwezigheid van een kwantitatieve prestatie-indicator, vergelijkbaar met de winst, stellen immers zowel Merchant en Van der Stede (2003) als Anthony en Govindarajan (2006) dat de basiselementen van het MCS wel in grote mate hetzelfde zullen blijven.

### 6.1.2 VMS

Naast de keuze voor het model van Simons, werd er ook een belangrijke beslissing genomen met betrekking tot de invulling van een VMS. Hoewel deze gebaseerd werd op een gegronde analyse van de bestaande literatuur, zijn uiteraard ook hier andere invullingen mogelijk. Zo wordt het betrekken van de huisarts ook vaak als een onderdeel van een VMS beschouwd, evenals "de opvang en ondersteuning van de zorgverstrekker die schade veroorzaakte bij een patiënt" (Hellings, 2009, p.20). Daarnaast werd in dit werk het systeem ter ontwikkeling van een veiligheidscultuur als een zeer compact en losstaand onderdeel van een VMS beschouwd. Hoewel een dergelijke vereenvoudiging nodig was om een vergelijking met het model van Simons mogelijk te maken, bestaat uiteraard het gevaar dat men de problematiek met betrekking tot veiligheidscultuur hierdoor als te simplistisch gaat aanschouwen. Er dient dan ook steeds de nadruk te worden gelegd op het feit dat ook de andere onderdelen van een VMS een aanzienlijke invloed kunnen hebben op de veiligheidscultuur.

Een volgende beperking heeft betrekking op de gebruikte literatuur. Hoewel deze met zorg gekozen werd, blijft immers het gevaar bestaan dat sommige aspecten van een VMS hierdoor over- of onderbelicht werden. Aangezien dit werk zich voornamelijk heeft gefocust op de algemene problematiek met betrekking tot veiligheidsmanagementsystemen, lijkt me de invloed hiervan echter beperkt.

Ten slotte is en blijft een vergelijkende studie een subjectief gebeuren. Hoewel ik deze subjectiviteit zoveel mogelijk heb trachten uit te schakelen door de overeenkomsten tussen het model van Simons en een VMS op een zo gedetailleerd mogelijke manier weer te geven, neemt dit niet weg dat andere personen tot afwijkende bevindingen zouden kunnen komen. De mening van enkele experts zou dan ook waardevol kunnen zijn om de hele problematiek tot een hoger niveau van intersubjectiviteit te kunnen tillen.

## 6.2 Praktijkrelevantie

Aangezien in deze studie voornamelijk gebruik werd gemaakt van internationale literatuur over veiligheidsmanagementsystemen, zou de praktijkrelevantie voor de Belgische context beperkt kunnen zijn. Hoewel er getracht werd een duidelijke koppeling met de Belgische situatie te maken, was de literatuur hieromtrent immers te beperkt om deze volledig te kunnen uitwerken. Toch blijkt uit een interview met Johan Hellings<sup>1</sup> wel degelijk de grote praktijkrelevantie van dit werk.

### 6.2.1 Veilig melden

In het vierde hoofdstuk van deze masterproef werd het belang omschreven van de mogelijkheid tot het veilig melden van incidenten. Hoewel dit als een basisvereiste voor meldingssystemen wordt beschouwd, kan dit veilig melden in Belgische ziekenhuizen nog steeds niet gegarandeerd worden. Voornamelijk de wetgeving blijkt hier de oorzaak van te zijn. Hellings stelt namelijk dat een rechter gegevens uit het meldingssysteem kan opvragen indien een incident een rechtszaak tot gevolg heeft. Er bestaat dan ook reeds rechtspraak die dokters sanctioneert op basis van gegevens uit het incidentmeldingssysteem, hetgeen uiteraard als gevolg heeft dat dokters hierdoor veel minder geneigd gaan zijn om incidenten te melden.

Bij verpleegkundigen blijkt de meldingsbereidheid niet in een dergelijke mate beperkt te worden door de wetgeving. Verpleegkundigen zijn immers geen zelfstandige verstrekkers maar worden aangesteld door het ziekenhuis. Zij zijn op deze manier dan ook verzekerd tegen het voorvallen van incidenten. Toch merkt Hellings op dat de wetgeving wel een indirecte invloed heeft op deze meldingsbereidheid. Dokters blijken immers een voorbeeldfunctie ten opzichte van verpleegkundigen te vervullen waardoor de meldingsbereidheid van dokters onvermijdelijk de meldingsbereidheid van deze verpleegkundigen zal beïnvloeden. Een aanpassing van de wetgeving lijkt dan ook de enige mogelijkheid om het aantal meldingen in een voldoende mate te kunnen laten toenemen. Andere oplossingen, zoals het gebruik van systemen die hun gegevens periodiek verwijderen, kunnen immers geen voldoende bescherming bieden tegen de huidige dreiging van de wet.

---

<sup>1</sup> Johan Hellings was 11 jaar lang algemeen directeur van het Ziekenhuis Oost Limburg (ZOL) en is nu aangesteld als afgevaardigd bestuurder van de Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen. Daarnaast is hij doctor in de medische wetenschappen waarbij zijn onderzoek zich concentreert rond patiëntveiligheid.

### 6.2.2 Incentives

De mogelijkheden en beperkingen van het gebruik van incentives werden eveneens in het vierde hoofdstuk van dit werk toegelicht, zowel voor incidentmeldingssystemen als prospectieve risicoanalyses. In de Belgische context blijkt het echter zeer moeilijk om dokters te belonen voor actieve deelname aan deze onderdelen van het VMS. De reden hiervoor is dat het analyseren van incidenten en processen geen akte vormt. Dokters zullen dan ook niet beloond worden voor deze prestaties. Hierdoor bestaat uiteraard het gevaar dat dokters onvoldoende tijd zullen vrijmaken voor dergelijke besprekingen en analyses, aldus Hellings.

Aangezien verpleegkundigen een vast maandloon verdienen, zullen zij niet direct gedemotiveerd worden om deel te nemen aan de analyse van incidenten en processen omwille van de wijze van beloning. Toch duikt er voor hen een ander probleem op waardoor ook zij slechts in heel beperkte mate zullen deelnemen. Meer bepaald gaat het hier over de aanzienlijke onderbestaffing van ziekenhuizen. Hellings stelt dan ook dat verpleegkundigen in een ziekenhuis dermate hard moeten werken dat bijvoorbeeld het bespreken van incidenten er gewoon niet van komt. Naast een financiële barrière voor dokters, blijkt voor verpleegkundigen dan ook voornamelijk een tijdsbarrière te bestaan.

### 6.2.3 Efficiëntie

In het vorige hoofdstuk werd in ruime mate de aandacht gevestigd op het bestaan van een mogelijke conflicterende relatie tussen het streven naar patiëntveiligheid (VMS) en het streven naar efficiëntie (algemene MCS). Hoewel in een bredere context wel een gemeenschappelijk doel gevonden kon worden, namelijk gezamenlijke verantwoordelijkheid voor zowel de effectiviteit als efficiëntie van de zorg, bleek het vinden van een evenwichtige balans tussen beide doelstellingen toch uiterst noodzakelijk te blijven.

Ook Hellings bevestigt het belang van deze zoektocht naar een juiste balans. Meer bepaald verwijst hij hiervoor naar de zes dimensies die worden toegekend aan het begrip 'kwaliteit van zorgen', namelijk:

- Effectiviteit: "de mate waarin (vooraf) geformuleerde doelstellingen in de praktijk worden bereikt" (De Koning & Hoeijmakers, 2007, in RIVM, 2010);
- Veiligheid: "het vermijden van schade bij interventies die de intentie hebben een patiënt te helpen" (College voor zorgverzekeringen, 2004, p.9);
- Patiëntgerichtheid: "de zorg [respecteert] individuele voorkeuren, noden en waarden van de patiënt ... en [handelt] ... hiernaar" (College voor zorgverzekeringen, 2004, p.9);

- Tijdigheid: "het voorkomen van onnodige (soms schadelijke) wachttijden" (College voor zorgverzekeringen, 2004, p.9);
- Efficiënte: "zorg die verspilling vermijdt, inclusief verspilling van middelen, voorraden, ideeën en energie" (College voor zorgverzekeringen, 2004, p.10);
- Toegankelijkheid: "de toegang tot de zorg [wordt] niet belemmerd ... door persoonlijke karakteristieken, zoals geslacht, etniciteit, geografisch locatie en sociaaleconomische status" (College voor zorgverzekeringen, 2004, p.10).

Hoewel Hellings de hele problematiek dus vanuit een nog bredere context bekijkt<sup>1</sup>, blijft de conclusie hetzelfde. Hij stelt namelijk dat zowel veilige zorg als efficiëntie een onderdeel vormen van de opdracht van een ziekenhuis, waardoor men dus niet in termen van 'of-of' maar 'en-en' moet denken. Het verzoenen van alle componenten van kwaliteitsvolle zorg is volgens hem dan ook de uitdaging van ziekenhuismanagement. Hij benadrukt hierbij de noodzaak om een VMS als een effectief onderdeel van het globale ziekenhuismanagement te beschouwen, waarmee de wenselijkheid van integratie van het VMS in het algemene MCS wordt bevestigd.

#### 6.2.4 Financiering

In het vorige hoofdstuk werd eveneens de problematiek met betrekking tot de financiering van ziekenhuizen aangehaald. Hieruit bleek de nood aan meer effectiviteit- of kwaliteitsgerelateerde criteria bij het vaststellen van deze financiering. Ook dit wordt bevestigd door Hellings. Hij stelt namelijk nadrukkelijk dat ziekenhuizen meer afgerekend zouden moeten worden op de resultaten die ze boeken, niet op de productie die ze realiseren. De zorgsector in het algemeen zou volgens hem dan ook meer outcome gedreven moeten worden in plaats van aanbodgedreven.

De taak van de overheid houdt echter niet op met het herbekijken van de ziekenhuisfinanciering. Volgens Hellings zou ze immers een algemene context moeten creëren waarin de hele problematiek veel beter past. Financiering is daar één luik van, maar ook de huidige wetgeving met betrekking tot het sanctioneren van artsen en het probleem van de onderbestaffing zou hierin opgenomen moeten worden, aldus hem.

---

<sup>1</sup> In dit werk werd slechts de nadruk gelegd op twee dimensies, namelijk efficiëntie en effectiviteit. Toch sluit de ene benadering, mijns inziens, de andere niet uit. Zo zouden de dimensies 'veiligheid' en 'patiëntgerichtheid' tot de hogere dimensie 'effectiviteit' gerekend kunnen worden terwijl 'tijdigheid' en 'toegankelijkheid' tot de dimensie 'efficiëntie' gerekend zouden kunnen worden.

### 6.2.5 Management

De betrokkenheid van het topmanagement bij het streven naar veilige zorg werd reeds omschreven als één van de belangrijkste voorwaarden om het ontwikkelen van een veiligheidscultuur mogelijk te maken. Ook op dit vlak blijkt er volgens Hellings nog heel wat werk te zijn. Zo verwijst hij hiervoor naar zijn onderzoek waaruit bleek dat de meerderheid van de zorgstaf vond dat het ziekenhuismanagement patiëntveiligheid onvoldoende ondersteunt. Toch blijkt het management hier niet echt van wakker liggen. Een ziekenhuisdirectie wordt immers nog steeds voornamelijk geëvalueerd op basis van de economische cijfers. Dit kan uiteraard een sterk negatieve invloed hebben op de algemene kwaliteit van de zorg.

De ontwikkeling van een veiligheidscultuur lijkt in de meeste ziekenhuizen dan ook nog verre van afgerond. Voorlopig dient er volgens Hellings dan ook voornamelijk op deze veiligheidscultuur de nadruk te worden gelegd, alvorens de aandacht te vestigen op de specifieke uitwerking van de veiligheidsmanagementsystemen. Meer bepaald dient er een groot basisvertrouwen ontwikkeld te worden tussen de zorgstaf en het management. Zolang er geen basisvertrouwen bestaat, zal het implementeren van diverse control tools immers niet aanvaard worden. Hellings stelt dan ook nadrukkelijk dat eerst het management gesensibiliseerd moet worden om effectief patiëntveiligheid te gaan ondersteunen. Pas dan kan het creëren van basisvertrouwen mogelijk worden gemaakt, en dus ook de acceptatie van controle-instrumenten.

Niet alleen met betrekking tot het streven naar patiëntveiligheid lijkt dit basisvertrouwen noodzakelijk, ook het streven naar efficiëntie zou erdoor bevorderd kunnen worden. Artsen zullen op die manier immers makkelijker betrokken kunnen worden om bij te dragen aan de efficiëntie van de zorg. Het management dient dan ook voor dit doel een omgeving te creëren waarin dit vertrouwen werkelijk ontwikkeld kan worden. Eén van de belangrijkste stappen hierbij is volgens Hellings dat het management op een andere manier met fouten moet leren omgaan.

### 6.3 Conclusie

In dit hoofdstuk werd stilgestaan bij de theoretische en praktische relevantie van dit werk. Hieruit bleek dat de beschouwing vanuit het model van Simons een interessant uitgangspunt vormde om vele, ook praktijkgerelateerde, struikelblokken voor patiëntveiligheid vanuit een abstracter standpunt te kunnen bekijken. Toch kan uiteraard ook het gebruik van andere modellen nog steeds een meerwaarde vormen voor het onderzoek met betrekking tot patiëntveiligheid. In geen geval zal dit werk dan ook een antwoord kunnen formuleren op alle mogelijke problemen die kunnen ontstaan bij het implementeren van een VMS. Toch werd er, mijns inziens, een kader geboden dat het mogelijk maakt de problematiek verder uit diepen op een meer gestructureerde wijze.

Voornamelijk de invloeden van en op de verschillende onderdelen van een VMS zullen op een meer overzichtelijke manier nader bestudeerd kunnen worden. Een diepgaander gebruik van dit kader zou dan ook tot nog meer inzichten met betrekking tot het opstellen van veiligheidsmanagementsystemen kunnen leiden.

## **7 Conclusies**

In deze masterproef werd in een eerste deel getracht een VMS te vergelijken met een MCS zoals voorgesteld door het model van Simons. Hieruit bleek dat de onderdelen van een VMS duidelijk vergelijkbaar zijn met de subsystemen die volgens Simons samen het MCS vormen. Meer bepaald werd aangetoond dat het systeem ter ontwikkeling van een veiligheidscultuur als een beliefs system beschouwd zou kunnen worden, dat incidentmeldingssystemen en prospectieve risicoanalyses interactive control systems bleken te zijn en dat het gebruik van patiëntveiligheidsindicatoren en het beschouwen van de patiënt als partner tot de diagnostic control systems gerekend kunnen worden. Een onderdeel dat als een boundary system beschouwd kan worden, leek niet te bestaan binnen een VMS.

Dankzij bovenstaande vergelijking, kon in een volgend deel gebruik worden gemaakt van de door Simons vooropgestelde aandachtspunten voor elk subsysteem om de effectiviteit van een VMS te beoordelen. Hieruit bleek dat een VMS reeds in voldoende mate aan deze aandachtspunten voldoet en dus ook op een effectieve manier lijkt te werken. Toch werd ook duidelijk dat het implementeren van een boundary system als integraal onderdeel van het VMS de effectiviteit nog verder zou kunnen verhogen. Daarnaast werd in dit deel nog geen rekening gehouden met de invloed van het algemene MCS waardoor er voorzichtig dient omgesprongen te worden met de getrokken conclusies.

Uit het derde deel van de analyse bleek immers duidelijk dat het algemene MCS de effectiviteit van een VMS zowel kan bevorderen als tegenwerken. Omgekeerd bleek ook het VMS aanzienlijke invloeden te kunnen uitoefenen op de werking van het algemene MCS. Integratie van het VMS in dit algemene MCS bleek dan ook meer dan wenselijk. Toch werd er één grote moeilijkheid gevonden die deze integratie onmogelijk leek te maken. Meer bepaald leken de doelstellingen van beide systemen, namelijk effectiviteit (VMS) en efficiëntie (MCS), onverzoenbaar. Toch werd in een bredere context wel een gemeenschappelijk doel gevonden, namelijk gezamenlijke verantwoordelijkheid voor zowel de effectiviteit als efficiëntie van de zorg. Naast de wenselijkheid bleek er dus ook een duidelijke mogelijkheid te bestaan om het ene systeem in het andere te integreren. Dit neemt echter niet weg dat er steeds bijzonder veel aandacht moet worden besteed aan het zoeken van een evenwichtige balans tussen beide systemen.

## 8 Lijst van geraadpleegde werken

Abernethy, M.A., Chua, W.F., Grafton, J. & Mahama, H. (2007). Accounting & Control in Health Care: Behavioural, Organisational, Sociological & Critical Perspectives. In C.S. Chapman, A.G. Hopwood & M.D. Shields (eds.), *Handbook of Management Accounting Research* (pp. 805-829). Oxford: Elsevier.

Abernethy, M.A. & Stoelwinder, J.U. (1990). Physicians and Resource Management in Hospitals: an empirical investigation. *Financial Accountability & Management*, 6(1), 17-31.

Aidemark, L. (2001). The meaning of balanced scorecards in the health care organisation [Elektronische versie]. *Financial Accountability & Management*, 17(1), 23-40.

Anthony, R. & Govindarajan V. (2006). *Management Control Systems*. Boston: McGraw-Hill.

Anthony, R. & Herzlinger, R. (1980). *Management Control in Nonprofit Organizations*. Homewood, Ill.: Irwin.

Averill, R.F., Goldfield, N., Hughes, J.S., Bonazelli, J., McCullough, E.C., Steinbeck, B.A., Mullin, R., Tang, A., Muldoon, J., Turner, L. & Gay, J. (2003). *All Patient Refined Diagnosis Related Groups (APR-DRGs): Methodology Overview* [Elektronische versie]. Opgevraagd op 29 maart, 2010, via <http://www.hcup-us.ahrq.gov/db/nation/nis/APRDRGsV20MethodologyOverviewandBibliography.pdf>

College voor zorgverzekeringen (2004). *Kwaliteitskader zorginkoop AWBZ* [Elektronische versie]. Opgevraagd op 16 april, 2010, via [http://www.ggzbeleid.nl/pdfawbzsub/cvz\\_publicatie\\_zorginkoop\\_0411.pdf](http://www.ggzbeleid.nl/pdfawbzsub/cvz_publicatie_zorginkoop_0411.pdf)

Copnell, B., Hagger, V., Wilson, S.G., Evans, S.M., Sprivulis, P.C. & Cameron, P.A. (2009). Measuring the quality of hospital care: an inventory of indicators [Elektronische versie]. *Internal Medicine Journal*, 39, 352-360.

Davila, T. (2005). Innovation and strategic change: The promise of management control systems [Elektronische versie]. *MCA Tijdschrift voor Organisaties in Control*, 4, 6-11.

DeRosier, J., Stalhandske, E., Bagian, J.P. & Nudell, T. (2002). Using Health Care Failure Mode and Effect Analysis™: The VA National Center for Patient Safety's Prospective Risk Analysis System [Elektronische versie]. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 28(5), 248-267.



Division of Country Health Systems (WHO) (2007). PATH: Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals. Opgevraagd op 11 maart, 2010, via <http://www.euro.who.int/document/E89742.pdf>.

Donabedian, A. (1997). The quality of care: How can it be assessed? [Elektronische versie]. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 121(11), 1145-1150.

Eldenburg, L. & Krishnan, R. (2007). Management Accounting and Control in Health Care: An Economics Perspective. In C.S. Chapman, A.G. Hopwood & M.D. Shields (eds.), *Handbook of Management Accounting Research* (pp. 859-883). Oxford: Elsevier.

Evers, J. (2010). *Een theoretisch onderzoek naar de meest geschikte analytische techniek voor het uitvoeren van economische evaluaties van patiëntveiligheidsinterventies*. Masterproef Universiteit Hasselt.

Habraken, M.M.P, van der Schaaf, T.W., Leistikow, I.P. & Reijnders-Thijssen, P.M.J. (2009). Prospective risk analysis of health care processes: A systematic evaluation of the use of HFMEA™ in Dutch health care. *Ergonomics*, 52(7), 809-819.

Hellings, J. (2009). *Patiëntveiligheid in het ziekenhuis: een evaluatieonderzoek over medicatieveiligheid*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven

Hellings, J. (2006). Patiëntveiligheid in ziekenhuizen: Enkele inzichten, een blik op de organisatiecultuur en een globale stand van zaken vanuit de literatuur [Elektronische versie]. Opgevraagd op 20 april, 2010, via <http://www.zol.be/Internet/uploadedFiles/Patientveiligheid/Referenties/pati%C3%ABntveiligheid%20paper.pdf>

Hellings, J. & Vleugels, A. (2007). Patiëntveiligheid in het ziekenhuis (I): context en begrippen. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 63.

Isaac, T. & Jha, A.K. (2008). Are Patient Safety Indicators Related to Widely Used Measures of Hospital Quality? [Elektronische versie]. *J Gen Intern Med*, 23(9), 1373-1378.

Joshi, M.S., Anderson, J.F. & Marwaha, S. (z.d.) *A Systems Approach to Improving Error Reporting* [Elektronische versie]. Opgevraagd op 18 maart, 2010, via [https://www.doctorquality.com/www/RPM\\_Media/4joshi.doc.pdf](https://www.doctorquality.com/www/RPM_Media/4joshi.doc.pdf)

Khatri, N., Baveja, A., Boren, S.A., Mammo, A. (2006). *Medical Errors and Quality of Care: From Control to Commitment*, 48(3), Berkeley: University of California.

Legemaate, J., Christiaans-Dingelhoff, I., Doppegieter, R.M.S. & de Roode, R.P. (2006). *Melden van incidenten in de gezondheidszorg*. Opgevraagd op 23 februari, 2010, via <http://knmg.artsennet.nl>

Leistikow, I.P., Kessels-Habraken, M.M.P. & de Bruijn, J.A. (2009). Risicoanalyse loont de moeite [Elektronische versie]. *Medisch Contact*, 64(40), 1634-1639.

Leistikow, I., van der Schaaf, T., Habraken, M. & Reijnders-Thijssen, P. (2006). SAFER: Scenario Analyse van Faalwijzen, Effecten en Risico's [Elektronische versie]. Opgevraagd op 11 april, 2010, via <http://www.umcutrecht.nl/NR/rdonlyres/05603F12-0749-4DB4-A50F-8FCF3D537161/4940/SAFERDVDboekje.pdf>

Lilford, R., Mohammed, M.A., Spiegelhalter, D. & Thomson, R. (2004). Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care: avoiding institutional stigma. *The Lancet*, 363, 1147-1154.

Marx, D. (2001). Patient Safety and the "Just Culture": A Primer for Health Care Executives [Elektronische versie]. Colombia University, Colombia.

McFadden, K.L., Henagan, S.C. & Gowen C.R. (2009). The patient safety chain: Transformational leadership's effect on patient safety culture, initiatives, and outcomes [Elektronische versie]. *Journal of Operations Management*, 27(5), 390-404.

Merchant, K.A. & Van der Stede W.A. (2003). *Management Control Systems: Performance Measurement, Evaluation and Incentives*. Harlow: Pearson Education Limited.

National Patient Safety Agency (2008). *Act on reporting: Five actions to improve patient safety reporting*. Opgevraagd op 22 februari, 2010, via <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/patient-safety-topics/risk-assessment-management/?entryid45=59903>

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (2006). *Patiëntveiligheid, de handen ineen*. Opgevraagd op 23 februari, 2010 via [http://www.nfu.nl/fileadmin/documents/NFU\\_Patientveiligheid.pdf](http://www.nfu.nl/fileadmin/documents/NFU_Patientveiligheid.pdf)

Nyland, K. & Pettersen, I.J. (2004). The control gap: the role of budgets, accounting information and (non-) decisions in hospital settings [Elektronische versie]. *Financial Accountability & Management*, 20(1), 77-102.

Paredaens, J. (z.d.). *MKG REGISTRATIE*. Opgevraagd op 22 maart, 2010, via <http://www.esp.win.ua.ac.be/projects/show/276>.

Perelman, J. (2008). Hospital case-mix funding and the necessity to adjust for socio-economic status. *BMC Health Services Research*, 8(Suppl 1), A7.

RIVM (2010). *Wat is kwaliteit?* Opgevraagd op 16 april, 2010, via <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/thema-s/kwaliteit-van-preventie/wat-is-kwaliteit/>

Roufs, L.J.I.M. (2005). *Een veiligheidsmanagementsysteem voor het Atrium medisch centrum: Het ontwerpen en implementeren van een Vrijwillig IncidentMeldingssysteem* [Elektronische versie]. Opgevraagd op 8 april, 2010, via [http://www.patiëntveiligheidsplein.nl/fileadmin/SPAR\\_uploads/Een\\_veiligheidsmanagementsysteem\\_voor\\_Atrium\\_MC\\_deel\\_1.pdf](http://www.patiëntveiligheidsplein.nl/fileadmin/SPAR_uploads/Een_veiligheidsmanagementsysteem_voor_Atrium_MC_deel_1.pdf)

Rubin, H.R., Pronovost, P. & Diette, G.B. (2001). The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality [Elektronische versie]. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(6), 469-474.

Shih, A. & Schoenbaum, S.C. (2007). *Measuring Hospital Performance: The Importance of Process Measures* [Elektronische versie]. Opgevraagd op 23 maart, 2010, via [http://www.commonwealthfund.org/usr\\_doc/1046\\_Sih\\_measuring\\_hosp\\_performance\\_process.pdf?section=4039](http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/1046_Sih_measuring_hosp_performance_process.pdf?section=4039)

Shojania, K.G., Duncan, B.W., McDonald, K.M. & Wachter, R.M. (2001). *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*. Opgevraagd op 5 maart, 2010, via Google Scholar.

Simons, R. (1995). *Levers Of Control: How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal*. Boston: Harvard Business School Press.

Stalhandske, E., DeRosier, J., Wilson, R. & Murphy, J. (2009). Healthcare FMEA in the Veterans Health Administration [Elektronische versie]. *Patient Safety & Quality Healthcare*, September/October, 30-33.

Strategische Werkgroep voor Patiëntveiligheid van de Nationale Begeleidingscommissie voor Ziekenhuisperformantie (z.d.). *Patiëntveiligheid in actie: het vermijdbare vermijden. Strategische nota patiëntveiligheid*. Opgevraagd op 5 maart, 2010, via [https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs/PAGE/INTERNET\\_PG/HOMEPAGE\\_MENU/GEZONDHEID\\_ZORG1\\_MENU/ZORGINSTELLINGEN1\\_MENU/RISICOBEBEHEER1\\_MENU/POLICY1\\_MENU/POLICY1\\_DOCS/NOTA%20PATI%C3%8BNTVEILIGHEID%20NL.PDF](https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs/PAGE/INTERNET_PG/HOMEPAGE_MENU/GEZONDHEID_ZORG1_MENU/ZORGINSTELLINGEN1_MENU/RISICOBEBEHEER1_MENU/POLICY1_MENU/POLICY1_DOCS/NOTA%20PATI%C3%8BNTVEILIGHEID%20NL.PDF)

van Antwerpen, A. (2009). *Patiëntveiligheid: verantwoordelijkheid delen is risico's verkleinen* [Elektronische versie]. Opgevraagd op 16 maart, 2010, via <http://www.veiligheidskunde.nl>

van der Schaaf, T.W. & Habraken M.M.P. (2005). *PRISMA methode medische versie: een korte omschrijving* [Elektronische versie]. Eindhoven University of Technology, Eindhoven.

van der Schaaf, T.W. & Wright, L.B. (2004). *Systems for near miss reporting and analysis*. In *Evaluation of Human Work* (pp. 877-900). USA: Taylor & Francis Group.

Vergauwen, P. (2009). *Collaborative Project Performance by People: Board programme MEDRAD*. Seminar in Maastricht University.

Vincent, C.A. & Coulter, A. (2002). *Patient safety: what about the patient?* [Elektronische versie]. *Qual Saf Health Care*, 11, 76-80.

Wagner, C. & de Bruijne, M. (2007). *Onbedoelde Schade in Nederlandse Ziekenhuizen* [Elektronische versie]. Opgevraagd op 8 april, 2010, via <http://orde.artsennet.nl>.

Willems, R. (2004). *Hier werk je veilig, of je werkt hier niet* [Elektronische versie]. Opgevraagd op 20 april, 2010, via [http://www.nvza.nl/uploaddb/downl\\_object.asp?atoom=4433&VolgNr=27](http://www.nvza.nl/uploaddb/downl_object.asp?atoom=4433&VolgNr=27)

World Alliance For Patient Safety (2005). *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems: from information to action*. Opgevraagd op 23 februari, 2010, via [http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting\\_Guidelines.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf)

Zelman, W.N., Pink, G.H. & Matthias, C.B. (2003). *Use of the balanced scorecard in health care* [Elektronische versie]. *Journal of Health Care Finance*, 29(4), 1-16.

## **Bijlage                      Interview Johan Hellings**

### **Welke problemen kenmerken de implementatie van een VMS?**

Toen ik zes jaar geleden aan mijn doctoraat over patiëntveiligheid begon, was ik enorm gefascineerd over hoe het kan dat er zoveel zaken foutlopen in een ziekenhuis. Zelfs als directeur dacht ik: "dit kan niet". Daarnaast vond ik het ook ontzettend relevant. Toch dacht ik dat het oplossen van dit probleem niet zo heel moeilijk was. Het bleek echter ontzettend moeilijk. Om dit aan te tonen zou ik graag even verwijzen naar een discussiestelling uit één van mijn publicaties, namelijk: "Het sluitend kunnen implementeren van evidente inzichten omtrent veilige zorg is veel moeilijker dan gedacht, mede omdat er hierdoor een belangrijke gedragsverandering wordt vereist. Patiëntveiligheid is daardoor meer een implementatievraagstuk dan een kennisvraagstuk." Het gaat er dus niet om of we weten hoe het komt dat zorg onveilig is. Het implementeren van deze kennis, het wijzigen van het huidige gedrag, dat blijkt ontzettend moeilijk. De reden hiervoor is zeker niet dat mensen niet willen veranderen. De werkelijke problematiek wordt duidelijker als je de leefwereld van artsen en verpleegkundigen nader bekijkt. Zo worden deze mensen opgeleid op een manier waarbij patiëntveiligheid er niet echt ingebakken wordt. Een arts doet over het algemeen een basisopleiding van zeven jaar en een geneesheer/specialist doet hier nog eens vijf jaar bij. Dat maakt dus samen twaalf jaar waardoor hij in het beste geval op zijn dertigste in een ziekenhuis terecht komt. Als wij hem dan een protocol met betrekking tot patiëntveiligheid gaan opleggen, is dat voor hen een hele verandering. Zelfs als ze ervoor open staan, krijg je dergelijke protocollen zeer moeilijk ingebakken in de wereld van de professional aangezien ze er nooit mee hebben moeten werken.

Een voorbeeld over ziekenhuisinfecties kan dit illustreren. Over het algemeen zijn er twee grote oorzaken van ziekenhuisinfecties. De eerste is een gebrek aan handhygiëne en de tweede is een teveel aan antibiotica. Aangezien het probleem met betrekking tot de antibiotica iets te technisch is, ga ik het voornamelijk hebben over die handhygiëne. Wij doen hier metingen over en scoren in ons ziekenhuis beter dan het gemiddeld ziekenhuis in België, namelijk 70, 80 en soms al 90%. Deze scores kunnen dan wel goed zijn voor een rapport van kinderen, in een risico-omgeving zijn deze scores, zelfs 90%, dramatisch slecht. Dit wil namelijk zeggen dat men één keer op tien zijn handen niet desinfecteert voordat men naar de patiënt gaat. Aan deze problematiek alleen al werken we nu al jaren. En laat ons zeggen dat we die score nu over het algemeen van ongeveer 70% naar pakweg 85% gekregen hebben, misschien zelfs soms 90%. Maar we hebben dus nog altijd geen 100% compliance voor handhygiëne.

### **Hoe hebben jullie dit dan trachten te realiseren?**

In eerste instantie hebben we gesensibiliseerd aan de hand van campagnes, via affiches, de ZOL-krant, etc. zodat iedereen wist waarover het ging. Daarnaast hebben we geïnvesteerd in pompjes en dergelijke zodat je overal, zowel op de gangen als in de kamers, je handen ook daadwerkelijk kan desinfecteren. Verder hebben we aparte sessies aan dokters gegeven, ook met betrekking tot het antibioticabeleid. Ook bij de aanstelling van verplegers of verpleegsters wordt steeds nadrukkelijk gehamerd op het belang van handhygiëne. Deze initiatieven hebben er dan ook toe geleid dat we vordering maken op dit vlak. Maar het gaat ontzettend traag, het gaat zelfs frustrerend traag. Om de handhygiëne verder te bevorderen, gaan we nu dan ook op elke afdeling een bord plaatsen waarop staat hoe die afdeling scoort op handhygiëne zodat dit zichtbaar wordt voor iedereen die daar komt, de patiënt, zijn familie, de dokter, de verpleger en verpleegster, etc.. We gaan het dus meer confronterend maken in de hoop die eenvoudige handeling naar 100% te krijgen.

Dit voorbeeld toont dus duidelijk de moeilijkheid van het gedragsveranderingpatroon aan. Naast het feit dat patiëntveiligheid er bij de opleiding niet echt ingebakken wordt, zijn er uiteraard ook nog andere redenen voor deze problematiek. Zo zijn artsen vaak met 1001 dingen tegelijk bezig, krijgen ze vaak te maken met complexe situaties, dienen ze snel te handelen, etc.. Daarnaast worden er ook nog eens heel veel andere mensen in het zorgproces betrokken. Kortom, een ziekenhuis is een heel hectische omgeving. Er dienen zich dan ook heel vaak andere prioriteiten aan waardoor het gedragsveranderingpatroon met betrekking tot o.a. handhygiëne niet van de grond komt.

### **Belemmert de problematiek met betrekking tot het gedragsveranderingpatroon ook de werking van een incidentmeldingssysteem?**

Ja, maar ook hier gaan we vooruit. We hebben een goed incidentmeldingssysteem. Er wordt meer en meer gemeld. Daarnaast worden de incidenten ook geanalyseerd, besproken en teruggekoppeld. Toch dient zich hier een probleem van een andere orde aan. Zo kan de melding van een incident zich tegen de desbetreffende dokter keren. Indien een dokter iets fout doet en er komt een rechtszaak van, kan de rechter immers eisen om gegevens uit dit incidentmeldingssysteem op te vragen. Er bestaat dan ook reeds rechtspraak die dokters sanctioneert op basis van gegevens uit het incidentmeldingssysteem. Dokters zullen hierdoor uiteraard veel minder geneigd zijn om incidenten te melden.

Bij verpleegkundigen is dit een minder groot probleem aangezien zij, in tegenstelling tot dokters die zelfstandige verstrekkers zijn, aangesteld worden door het ziekenhuis en voor dergelijke incidenten dus ook verzekerd zijn. Aangezien dokters een enorme voorbeeldfunctie voor

verpleegkundigen vormen, zullen echter ook zij slechts in beperkte mate melden. Eigenlijk zouden dokters dan ook gestimuleerd moeten kunnen worden om incidenten te melden zodat zij op hun beurt de verpleegkundigen kunnen motiveren dit te doen. Hiervoor zou de wetgeving uiteraard aangepast moeten worden. Het gaat dus eigenlijk om een heel praktisch probleem dat ervoor zorgt dat er onvoldoende meldingen zijn. En hoewel men steeds creatiever en creatiever wordt in het ontwikkelen van systemen zodat de gegevens eruit niet in beslag kunnen worden genomen door een rechter, bijvoorbeeld systemen die de inhoud van haar databases om de zoveel tijd verwijderen, blijft het gevaar voor de dokter bestaan. Daarnaast kan een rechter ook het dossier van de patiënt in beslag nemen. Als een dokter hierin een verwijzing maakt naar een gemeld incident, kan ook dit voor de rechter een bewijs zijn dat er iets fout is gegaan. De wetgeving vormt dan ook een gigantische struikelblok voor de effectiviteit van een incidentmeldingssysteem.

### **Bestaan er ook bij de andere onderdelen van een VMS dergelijke struikelblokken?**

Minder en minder. In de vorige voorbeelden werd reeds de nadruk gelegd op twee soorten problemen. Enerzijds hebben we een juridisch probleem en anderzijds een gedragsmatig probleem. Als we kijken naar risico-inventarisatie, het analyseren van incidenten en het ontwikkelen van een veiligheidscultuur, zijn er eigenlijk geen argumenten om dit niet te doen. Het enige probleem is dat een dokter niet wordt betaald om o.a. incidenten te analyseren, een dokter wordt betaald per prestatie. Als u per prestatie betaald wordt, gaat u niet een paar uur per week aan tafel zitten met mensen die wel een vast maandloon krijgen om alle mogelijk incidenten te bespreken. U zal dat wel eens een keer doen en een half uur zal u wel kunnen vrijmaken, maar het probleem is duidelijk: er is geen incentive om dit te doen. In België vormen dergelijke bezigheden immers geen aktes, er staat dus niks tegenover. Als u naar uw huisdokter gaat, zal hij op het briefje een code schrijven dat een bepaald bedrag vertegenwoordigt. Alle dingen die een dokter doet, vormen dus aktes. Maar bijvoorbeeld het bespreken van incidenten vormt geen akte. Het zullen dan ook enkel de zeer idealistische mensen zijn die voldoende tijd zullen vrijmaken voor dergelijke besprekingen en analyses.

Over het algemeen kunnen we nu dan ook reeds spreken van drie soorten hindernissen: gedragsmatig, juridisch en financieel. Voor de verpleegkundigen gelden deze barrières over het algemeen niet. Voor hen is er echter voornamelijk een probleem met betrekking tot bestaffing, zoals ook reeds bleek uit mijn studie over veiligheidscultuur. Hier werd immers vastgesteld dat slechts 37% van de respondenten zegt dat ze met voldoende zijn qua bestaffing. Dat is natuurlijk enorm weinig. Dit wil dan ook zeggen dat verpleegkundigen in een ziekenhuis dermate hard moeten werken dat bijvoorbeeld het bespreken van incidenten er gewoon niet van komt. Naast de drie particuliere barrières voor de dokters, blijkt een tijdsbarrière dan ook mogelijk één van de grootste barrières te zijn voor de verpleegkundigen.

Daarnaast is er ook nog een groot coördinatievraagstuk. Als een afdeling statisch zou zijn, zou je op een eenvoudige manier kunnen leren uit incidenten die bijvoorbeeld de afgelopen week zijn gebeurd. Maar een afdeling is niet statisch. Een patiënt wordt opgenomen op de spoed, gaat naar het OK, naar de intensieve, naar de afdeling. Het risico op incidenten is hierbij het grootst bij de transfer. Maar wie is voor deze incidenten dan verantwoordelijk?

Ten slotte is er ook nog een laatste zeer pijnlijke vaststelling met betrekking tot de ondersteuning van het ziekenhuismanagement voor patiëntveiligheid. De scores die hierop werden gegeven, zijn ongeveer de laagste van het gehele onderzoek. Wat zeggen de meeste respondenten dan ook: "managers, jullie ondersteunen ons niet". Als je als management dan een tool implementeert waarmee je kan vaststellen wat beter kan, is de kans uiteraard groot dat dit niet aanvaard wordt. In eerste instantie zal de zorgstaf immers nood hebben aan hulp en ondersteuning. Ik pleit er dan ook voor om eerst managers te sensibiliseren om effectief die patiëntveiligheid te ondersteunen, te helpen, te zorgen dat er een voldoende bestaande is, etc. en dan met alle mogelijke tools en controle-instrumenten te gaan opvolgen. Maar dus niet omgekeerd. Als je die overvraagde groep nu gaat confronteren met tools waarbij het management eerder controlerend in plaats van helpend is, dan hebben we een groot probleem.

### **Een ziekenhuis wordt steeds bedrijfseconomischer. Is het streven naar patiëntveiligheid conflicterend met het streven naar efficiëntie?**

Dat is inderdaad een belangrijk punt. Om hier dieper op in te kunnen gaan, verwijs ik even naar de opdracht van een ziekenhuis, dewelke kwaliteit van zorgen is. Maar wat is kwaliteit van zorgen? Ten eerste moet zorg effectief zijn. Als u uw been gebroken heeft, moet uw been herstellen. Ten tweede moet dit op een efficiënte manier gebeuren want we worden betaald met gemeenschapsgeld en er is dus geen sprake van dat we dit mogen verspillen. De derde dimensie is tijdigheid. Als u uw been breekt op vrijdag, wilt u toch maandag geopereerd zijn. De vierde is toegankelijkheid. Wat ook uw portemonnee, ras of overtuiging is, dat maakt niet uit, u hebt uw been gebroken en u bent net even belangrijk dan iemand met een grote portemonnee enzovoort. Vijfde dimensie: zorg moet patiëntgestuurd zijn. Het is in functie van de noden van de patiënt dat de zorg geboden moet worden. Ten zesde moet zorg veilig zijn.

Ik draai uw vraagstelling dan ook een beetje om. Ik zeg: veilige zorg is één van de zes punten van kwaliteitsvolle zorg, maar daar is efficiëntie er ook één van. De uitdaging waar wij dan ook voor staan als ziekenhuismanagement is het verzoenen van deze zes componenten. Het is dan ook niet 'of-of' maar 'en-en'. Net daarom is ziekenhuismanagement ook zo moeilijk. Want hoe verzoen je deze zes componenten? Een voorbeeld kan dit illustreren: niets is gemakkelijker dan de patiënten supplementen aanrekenen. Ons ziekenhuis staat echter op één van de laatste plaatsen met betrekking tot het aanrekenen van supplementen, waar ik heel fier op ben. Dat is immers



toegankelijk blijven. Een normale man, zonder hospitalisatieverzekering, moet bij ons terecht kunnen. Maar we moeten ook efficiënt blijven, en veilig, en effectief. Dat is dus de uitdaging van ziekenhuismanagement.

**Een VMS moet dus ook steeds in de context van het algemene MCS worden geplaatst?**

Absoluut, het is een effectief onderdeel van het globale ziekenhuismanagement. Daar kan geen twijfel over mogelijk zijn. En als je die zes punten neemt, kan je een mooi beeld maken voor het integreren van die zes punten.

**Vindt u dat de overheid te veel aanstuurt op efficiëntie?**

Eigenlijk worden we ontzettend weinig aangestuurd. We hebben een federale structuur, een Vlaamse structuur, dat is een zeer ingewikkeld verhaal. Onze gezondheidszorg is over het algemeen niet slecht vanuit een Europees perspectief. Maar als je kijkt waar we staan wat ziekenhuisinfecties betreft, is dit pas op een 15<sup>e</sup> plaats, hetgeen beschamend is. We zijn dan ook erg aanbodgedreven. We zorgen voor nieuwe ziekenhuizen, apparatuur, voldoende mensen enzovoort. Maar in plaats van aanbodgedreven zouden we eigenlijk meer outcome gedreven moeten worden. We zouden meer afgerekend moeten worden op de resultaten die we boeken, niet op de productie. We zouden dus beloond moeten worden als onze ziekenhuisinfecties dalen. Maar momenteel is er geen enkel verband tussen de financiering van een ziekenhuis en het aantal ziekenhuisinfecties. Het is zelfs nog erger. Als er veel infecties zijn, krijgt het ziekenhuis nog middelen bij om die infecties te gaan behandelen.

**Bemoedigt dit het ontwikkelen van een veiligheidscultuur dan niet?**

Uiteraard, dat is een ongelooflijk moeilijk iets. Als je vanavond rond 18, 19, 20 uur een bezoekje zou brengen aan onze verpleegkundigen, dan zul je zien dat ze niet bezig zijn met die veiligheidscultuur. Ze zijn immers bezig met: krijg ik die plateau medicatie aan iedereen gegeven? kan ik dat bezoek opgevangen krijgen? krijg ik die wonden nog verzorgd? Er zijn gewoon te weinig mensen, zoals ik daarstraks reeds gezegd heb. We kunnen dan ook stellen dat de voedingsbodem voor het ontwikkelen van een veiligheidscultuur niet genoeg bemest is. En er zijn veel te weinig managers die daarvan wakker liggen. Een klassieke ziekenhuisdirecteur wordt door de raad van bestuur immers geëvalueerd op grond van zijn economische cijfers. Dat is triestig. Uiteraard moet je een saldo maken maar dat is basics. Dat is uw bedrijf in orde hebben. Dat moet in orde zijn. Maar de uitdaging van een ziekenhuismanagement zijn die andere componenten.

**Dient de overheid haar financiering aan te passen om deze gerichtheid op economische criteria in te perken?**

De overheid moet niet zozeer de financiering aanpassen maar moet een context creëren waarin dit alles veel beter past. Financiering is daar een luik van. Maar denk ook aan het punt van de wetgeving en de bestaffing. Dus de context waarin ziekenhuizen functioneren, moet verbeterd worden. Daarnaast moet het ziekenhuismanagement verder geprofessionaliseerd worden. Op dat vlak kan er immers nog heel wat verbeterd worden. Er zijn immers te veel mensen die ziekenhuizen zien vanuit een economische benadering en dat is niet goed, dat is niet acceptabel.

**Zouden artsen ook niet meer verantwoordelijkheid moeten krijgen om de zorg efficiënt te laten verlopen?**

Dat gebeurt. Artsen zijn hier erg geïnvolveerd op dat vlak, erg betrokken. Het is ook heel verstandig van dat te doen want ze hebben vaak hele goede ideeën. Dus als je die professional geïnvolveerd krijgt, ben je stappen vooruit.

Toch bestaat er ook op dit vlak nog steeds een groot probleem. Hiervoor ga ik nogmaals verwijzen naar een tabel uit mijn studie. Hierin kan je bij de 'niet bestraffende respons op fouten' een score van 38% waarnemen. We helpen al niet zoals daarstraks gezegd. En als er dan iets fout gaat, wat doen we dan? 62% van de respondenten zegt dat als er iets fout gaat, wordt ik bestraft. U zegt, betrek ze en ik zeg 100% akkoord. Maar wat zien we in de praktijk. Als er iets fout gegaan is: bestraffen. Shame en blame. En dat is dramatisch. Het ziekenhuismanagement moet dan ook leren op een andere manier met die fouten om te gaan.

**En hoe wordt dat hier dan momenteel aangepakt?**

Ik denk dat wij hier een klein beetje een voorbeeldrol in spelen. We waren ook het eerste ziekenhuis dat een veiligheidscultuurmeting heeft gedaan. Het feit dat ik me daar erg mee identificeer, maakt dat onze directie en onze managers zich daar ook erg mee identificeren. En om vooruitgang te kunnen boeken op het vlak van veiligheidscultuur, is deze identificatie noodzakelijk. We zijn dan ook flink vooruit gegaan op die veiligheidscultuur. Maar eigenlijk is ZOL daar een klein beetje atypisch voor. Hoewel ik soms een beetje ontgoocheld en zelfs gefrustreerd ben om het feit dat we op sommige zaken geen vooruitgang boeken, vorderen we in het ontwikkelen van die veiligheidscultuur, waarvan ik overtuigd ben dat deze op langere termijn noodzakelijk is, wel wat beter dan andere ziekenhuizen.

**Is dit dan ook de stap die de meeste ziekenhuizen nog moeten nemen? Moeten ze voornamelijk hier aandacht aan schenken in plaats van aan de uitwerking van de systemen?**

Juist, dat is de reden waarom ik deze studie [wijst naar zijn meest recente studie] gemaakt heb en dat is de reden waarom ik de mening van die 52000 respondenten hierin beschreven heb, uiteraard in samenwerking met een heel aantal andere mensen. Dit is dan ook wat ik in 2008 en 2009 aan ziekenhuisdirecties en -managers in heel Vlaanderen ben gaan uitleggen. In die zin ben ik dan ook wel wat hoopvol. Hoopvol dat ze inderdaad beginnen te zien dat dit uitermate belangrijk is. En ik heb dit uiteraard niet uitgevonden, reeds heel wat vooraanstaande onderzoekers hebben dit bevestigd. Maar ook wij gaan in sterke mate aan dit onderzoek kunnen bijdragen. Wij hebben namelijk de tweede grootste databank met betrekking tot veiligheidscultuur ter wereld. Daar kan je natuurlijk al wat mee doen. En in 2011 gaan we opnieuw meten. De vorige keer hebben we gemeten in 2008. Dus drie jaar later gaan we kunnen zien of dit alles nu resultaten heeft gehad. Is die veiligheidscultuur verbeterd? Wordt er nu al meer gemeld dan vroeger? Is er minder bestraffing? Helpt het management al iets meer?

**Vindt u dat het huidige onderzoek en de huidige literatuur zich teveel focust op de onderdelen van een VMS in plaats van op de veiligheidscultuur?**

Neem uw vriendengroep of familie. U zal met mij akkoord zijn dat je maar iets met iemand kan bespreken als er vertrouwen is, als je mekaar goed kent. Jij gaat toch niet aan een wildvreemde raad vragen om iets? Je gaat dat bij een kameraad of vriendin doen. Met hen spreek je over dingen die u bekommeren, waar je mee bezig bent. Er is basisvertrouwen nodig. Dat is dan ook mijn definitie van veiligheidscultuur. Als er geen vertrouwen is, als je geen groep bent, geen vriendengroep, dan wordt alles veel moeilijker. Er moet basisvertrouwen zijn. Als je dat basisvertrouwen niet hebt en je gaat onmiddellijk beginnen met tools en gadgets of ICT, dat werkt niet in mijn ogen. En dat zie ik hier ook dat dat niet werkt.

Het ontwikkelen van een veiligheidscultuur is uiteraard een lange, moeilijke weg. Maar we hebben nu ook al wel wat weg afgelegd hé. We hebben een baseline meting, we hebben onderzoek gedaan. Als we nu die resultaten van 2011 hebben, gaan we eindelijk eens kunnen zien: is het nu verbeterd? Dit neemt echter niet weg dat het rechtssysteem nog steeds niet is aangepast. Ook de bestaande, hier en daar is het wel wat beter, maar die mensen gaan nog steeds zeggen dat ze met te weinig zijn. En hier komt dus uw punt van de overheid terug, en de nood aan die context.

## **Auteursrechtelijke overeenkomst**

Ik/wij verlenen het wereldwijde auteursrecht voor de ingediende eindverhandeling:

**Integratie van het veiligheidsmanagementsysteem in het algemene management control system van een ziekenhuis**

Richting: **master in de toegepaste economische wetenschappen: handelsingenieur-accountancy en financiering**

Jaar: **2010**

in alle mogelijke mediaformaten, - bestaande en in de toekomst te ontwikkelen - , aan de Universiteit Hasselt.

Niet tegenstaand deze toekenning van het auteursrecht aan de Universiteit Hasselt behoud ik als auteur het recht om de eindverhandeling, - in zijn geheel of gedeeltelijk -, vrij te reproduceren, (her)publiceren of distribueren zonder de toelating te moeten verkrijgen van de Universiteit Hasselt.

Ik bevestig dat de eindverhandeling mijn origineel werk is, en dat ik het recht heb om de rechten te verlenen die in deze overeenkomst worden beschreven. Ik verklaar tevens dat de eindverhandeling, naar mijn weten, het auteursrecht van anderen niet overtreedt.

Ik verklaar tevens dat ik voor het materiaal in de eindverhandeling dat beschermd wordt door het auteursrecht, de nodige toelatingen heb verkregen zodat ik deze ook aan de Universiteit Hasselt kan overdragen en dat dit duidelijk in de tekst en inhoud van de eindverhandeling werd genotificeerd.

Universiteit Hasselt zal mij als auteur(s) van de eindverhandeling identificeren en zal geen wijzigingen aanbrengen aan de eindverhandeling, uitgezonderd deze toegelaten door deze overeenkomst.

Voor akkoord,

**Corten, Maarten**

Datum: **31/05/2010**