

Feasibility studie met betrekking tot de vergelijking van incident-meldingssystemen in de Vlaamse ziekenhuizen

Lobke Mertens

promotor :

Prof. dr. Tjerk VAN DER SCHAAF

Woord vooraf

In het kader van mijn laatste jaar Toegepaste Economische Wetenschappen vormt het schrijven van een masterproef een verplicht en belangrijk onderdeel. De eindverhandeling die nu voor u ligt, is hiervan het resultaat.

Een jaar lang heb ik aan deze masterproef gewerkt maar ik zou dit nooit tot een goed einde hebben kunnen brengen zonder de hulp en steun van enkele mensen. Allereerst wil ik prof. dr. van der Schaaf heel erg bedanken voor zijn hulp en eerlijke mening. Ook de andere medewerkers van de patiëntveiligheidsgroep van de Universiteit Hasselt wil ik hartelijk bedanken. Vervolgens wil ik mijn ouders bedanken die me de kans gegeven hebben om deze studie aan te vatten en voor hun onvoorwaardelijke steun. Ook mijn vriend wil ik vermelden, die me het hele jaar door geholpen en gesteund heeft en zonder wie dit alles nooit gelukt zou zijn. Mijn andere familieleden en vrienden zou ik willen bedanken voor alle steun en vertrouwen. Tot slot verdienen alle mensen die bereid waren aan deze masterproef mee te werken ook zeker een vermelding voor hun professionele inzichten en medewerking. Zonder hun kennis en hulp zou deze masterproef nooit tot stand gekomen zijn. Concreet wil ik volgende ziekenhuizen bedanken voor hun medewerking: *Mariaziekenhuis Noord-Limburg, Heilig Hartziekenhuis Mol, A.Z. Vesalius Tongeren, A.Z. Sint Elisabeth Herentals, A.Z. Sint Lucas Brugge, Ziekenhuis Oost-Limburg, Jessaziekenhuis, U.Z. Gent, U.Z. Leuven, Heilig Hart Tienen, H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen, A.Z. St. Dimpna Geel, Regionaal Ziekenhuis Sint-Trudo, A.Z. Alma en tot slot meneer Meukens van ZNA Antwerpen, Campus Stuivenberg.*

Samenvatting

Toegang tot hoge kwaliteitsgezondheidszorg is een primair mensenrecht erkend en gewaardeerd door de Europese Unie, de instituties van de Europese Unie en de Europese burgers. Patiënten hebben het recht te verwachten dat alle mogelijke inspanningen gedaan worden om hun veiligheid als gebruikers van gezondheidsdiensten te verzekeren. Aandacht voor patiëntveiligheid is een belangrijk element in dit alles en komt de laatste jaren steeds meer en meer aan bod. Patiëntveiligheid kan gedefinieerd worden 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 tekortkoming van het zorgsysteem.

In België sterven jaarlijks ongeveer 1.500-2.000 personen ten gevolge van medische fouten. Van alle medische fouten die gebeuren in ziekenhuizen kan maar liefst 70% als vermijdbaar beschouwd worden. Medische fouten en bijhorende schade brengen extra kosten met zich mee. In 2007 bedroegen de uitgaven aan gezondheidszorg in België ongeveer 10,7% van het bruto binnenlands product. Tegen 2050 zou dit percentage kunnen stijgen tot 14%. Het is dus voor ons land van groot belang enkele maatregelen door te voeren om medische fouten aan te pakken en op die manier besparingen teweeg te brengen voor de gezondheidssector.

In deze masterproef wordt ingegaan op één mogelijke manier om het aantal incidenten binnen de ziekenhuissector te reduceren, namelijk via het gebruik van incident-meldingssystemen. De intentie van een incident-meldingssysteem binnen een ziekenhuis bestaat erin dat verschillende partijen waaronder artsen, verpleegkundigen of zelfs de patiënten zelf fouten of near misses gaan melden met de bedoeling hieruit te leren en fouten in de toekomst te vermijden.

Verschillende ziekenhuizen in Vlaanderen hebben reeds een incident-meldingssysteem ingevoerd of zijn bezig met de ontwikkeling hiervan. Deze ziekenhuizen ontwikkelen eigen systemen die voldoen aan hun specifieke behoeftes. Dit brengt met zich mee dat er heel erg uiteenlopende soorten incident-meldingssystemen in gebruik zijn die allen opgebouwd zijn volgens de eigen wensen van het ziekenhuis en elk hun sterke en minder sterke kanten hebben.

In deze masterproef wordt onderzocht op welke manier de huidige incident-meldingssystemen binnen de Vlaamse ziekenhuizen opgebouwd zijn. Hierbij wordt eveneens onderzocht wat de sterke en minder sterke kanten zijn van de gebruikte systemen alsook waar de eventuele verbetermogelijkheden en bedreigingen zich situeren. Bovendien wordt er aandacht besteed aan het kostenaspect van incident-meldingssystemen en mogelijke manieren om deze kosten te reduceren.

Om dit onderzoek uit te voeren werd volgende methodologie gebruikt. Allereerst werd een literatuurstudie uitgevoerd om informatie te verzamelen omtrent de opbouw en kenmerken van incident-meldingssystemen. Vervolgens werden interviews met bevoorrechte getuigen afgenomen aan de hand van een vragenlijst. Deze vragenlijst werd opgesteld op basis van het 7-module raamwerk om de opbouw van de huidige incident-meldingssystemen in de Vlaamse ziekenhuizen te onderzoeken en te inventariseren. Het 7-module raamwerk is een model dat een mogelijke opbouw van meldsystemen voorstelt en bestaat uit zeven stappen. Voor elk van deze zeven stappen werd nagegaan hoe deze in de praktijk toegepast worden door de onderzochte ziekenhuizen. Tot slot werd ook gebruik gemaakt van een SWOT-analyse om verschillende groepen personeelsleden in de ziekenhuizen te bevragen naar de sterke en zwakke punten van de meldsystemen alsook naar de opportuniteiten en bedreigingen.

Het doel van deze masterproef is tweërlei. In eerste instantie is het de bedoeling om een kleinschalige inventarisatie op te maken van de huidig gebruikte incident-meldingssystemen in Vlaamse ziekenhuizen. Op deze manier kan gekeken worden op welke vlakken de ziekenhuizen heel erg goed scoren en welke aspecten nog veel verbetering vragen. Het tweede doel van deze masterproef bestaat erin een feasibility-studie uit te voeren. De opzet hiervan is om na te gaan of de tools die gebruikt worden tijdens het onderzoek hier wel degelijk geschikt voor zijn. Wanneer hier positief op geantwoord kan worden, kunnen deze tools handige instrumenten betekenen voor de ziekenhuizen zelf. De ziekenhuizen zouden dan periodiek zelf deze tools kunnen hanteren om de incident-meldingssystemen van dichtbij op te volgen en ervoor te zorgen dat ze steeds een goed beeld hebben van de stand van zaken. Op deze manier zullen de meldsystemen geoptimaliseerd kunnen worden.

Uit het gevoerde onderzoek omtrent de opbouw van de incident-meldingssystemen kan geconcludeerd worden dat er geen uniforme manier bestaat om meldsystemen op te bouwen. Momenteel blijkt de kwaliteit en volledigheid van de incident-meldingssystemen eerder laag te zijn. Dit heeft te maken met het feit dat de huidig gebruikte incident-meldingssystemen binnen de onderzochte Vlaamse ziekenhuizen in veel gevallen nog in volle ontwikkeling zijn. Een andere reden die hier aan de oorsprong ligt, is volgens de ziekenhuizen een gebrek aan tijd en kennis.

In verband met de SWOT-analyse komen twee sterke karakteristieken van meldsystemen naar voren, namelijk het feit dat de melder zelf de keuze heeft om al dan niet anoniem te melden en de gebruiksvriendelijkheid van het meldformulier. De belangrijkste knelpunten blijken het wantrouwen in het meldsysteem, een gebrek aan feedback en een grote tijdsinvestering te zijn. Wat betreft de kosten van incident-meldingssystemen, kan gesteld worden dat de voornaamste kostengroepen uit personeelskosten bestaan. Mogelijkheden om deze te reduceren zijn onder andere een overschakeling naar een elektronisch meldsysteem en een verhoging van de gebruiksvriendelijkheid van het meldformulier.

Tot slot kan in verband met de feasibility-studie vastgesteld worden dat meer dan 85% van de bevroagde personen de gebruikte tools goede instrumenten vindt om een zicht te krijgen op de meldsystemen. De meerderheid van deze personen verklaarde deze tools in de toekomst zeker zelf te (blijven) gebruiken. Er kan dus geconcludeerd worden dat het 7-module raamwerk en de SWOT-analyse goede analysetools kunnen betekenen voor de ziekenhuizen zelf naar de toekomst toe.

Inhoudsopgave

Woord vooraf	-
Samenvatting	-
Inhoudsopgave	-
Lijst van figuren	-
Lijst van tabellen	-
Lijst van bijlagen	-
HOOFDSTUK I: Probleemstelling	- 1 -
1.1 Praktijkprobleem	- 1 -
1.2 Centrale onderzoeksvraag	- 4 -
1.3 Deelvragen	- 5 -
1.3.1 Deelvraag 1	- 5 -
1.3.2 Deelvraag 2	- 6 -
1.4 Onderzoeksaanpak	- 8 -
1.5 Doelstelling	- 9 -
HOOFDSTUK II: Ontstaan van incidenten binnen ziekenhuizen	- 10 -
2.1 Zwitserse kaasmodel	- 10 -
2.2 Incident-oorzakenmodel	- 12 -
HOOFDSTUK III: Incident-meldingssystemen	- 14 -
3.1 Inleiding	- 14 -
3.2 7-module raamwerk	- 15 -
3.3 WHO Draft Guidelines for Adverse Event and Learning Systems	- 25 -
3.3.1 Fases van incident-meldingssystemen	- 25 -
3.4 Kenmerken van incident-meldingssystemen	- 27 -
3.4.1 Meldbarrières en incentives	- 30 -
3.4.2 Het belang van near misses	- 32 -
3.4.3 Vrijwillige of verplichte meldsystemen	- 34 -
3.4.4 Het belang van een veiligheidscultuur	- 36 -

HOOFDSTUK IV: Kosten van gezondheidszorg	- 39 -
4.1 Kosten van gezondheidszorg in België.....	- 39 -
4.2 Kosten van incident-meldingssystemen	- 44 -
4.3 Het nut van een SWOT-analyse in de gezondheidszorg	- 46 -
HOOFDSTUK V: Praktijkonderzoek.....	- 47 -
5.1 Resultaten opbouw incident-meldingssystemen	- 48 -
5.2 Resultaten 7-module raamwerk	- 49 -
5.2.1 Conclusie resultaten 7-module raamwerk.....	- 58 -
5.3 Resultaten SWOT-analyses	- 59 -
5.3.1 SWOT-analyse operationeel verantwoordelijken.....	- 59 -
5.3.2 SWOT-analyse directie	- 66 -
5.3.3 SWOT-analyse verpleegkundig personeel	- 74 -
5.3.4 Vergelijking van de SWOT-analyses.....	- 81 -
5.4 Vergelijking resultaten 7-module raamwerk en SWOT-analyses	- 88 -
5.5 Analyse omtrent het kostenaspect van incident-meldingssystemen.....	- 89 -
5.6 Analyse van de feasibility-studie	- 92 -
HOOFDSTUK VI: Discussie	- 95 -
6.1 Kenmerken van incident-meldingssystemen.....	- 95 -
6.1.1 Meldbarrières en incentives	- 96 -
6.1.2 Het belang van near misses	- 98 -
6.1.3 Vrijwillige of verplichte meldsystemen.....	- 98 -
6.1.4 Het belang van een veiligheidscultuur.....	- 99 -
HOOFDSTUK VII: Conclusies	- 100 -
7.1 Aanbevelingen voor verder onderzoek	- 103 -
Lijst van geraadpleegde werken.....	- 105 -
Bijlagen	- 111 -

Lijst van figuren	blz.
Figuur 1: Medische fouten	2
Figuur 2: Zwitserse kaasmodel	11
Figuur 3: Incident-oorzakenmodel	13
Figuur 4: Risico-inventarisatie matrix	19
Figuur 5: Oorzakenboom	22
Figuur 6: Near Miss Piramide	33
Figuur 7: Verplichte en vrijwillige meldsystemen	35
Figuur 8: Componenten veiligheidscultuur	37
Figuur 9: Totale uitgaven aan gezondheidszorg als percentage van het BBP	40
Figuur 10: Uitgaven aan gezondheidszorg als percentage van het BBP – Vergelijking OECD landen	41
Figuur 11: Lange termijn projecties van de totale uitgaven voor gezondheidszorg in percentage van het BBP	42
Figuur 12: Aantal stappen 7-module raamwerk toegepast	49
Figuur 13: Stappen 7-module raamwerk	50
Figuur 14: Anoniem melden	53
Figuur 15: Nut van een nationaal meldsysteem – operationeel verantwoordelijken	62
Figuur 16: Patiënten betrekken bij meldproces – operationeel verantwoordelijken	63
Figuur 17: Rapporten publiceren – operationeel verantwoordelijken	64
Figuur 18: Nut van een nationaal meldsysteem – directie	69
Figuur 19: Patiënten betrekken bij meldproces – directie	70
Figuur 20: Rapporten publiceren – directie	71
Figuur 21: Nut van een nationaal meldsysteem – verpleegkundigen	77
Figuur 22: Patiënten betrekken bij meldproces – verpleegkundigen	78
Figuur 23: Rapporten publiceren – verpleegkundigen	79
Figuur 24: Nut van een nationaal meldsysteem – vergelijking	84
Figuur 25: Patiënten betrekken bij meldproces – vergelijking	85
Figuur 26: Rapporten publiceren – vergelijking	86
Figuur 27: Nut van de gebruikte evaluatiesystemen	93

Lijst van tabellen

Tabel 1: Kenmerken van een succesvol incident-meldingssysteem	28
Tabel 2: Barrières en incentives voor incidenten melden	32
Tabel 3: Samenvattende tabel SWOT-analyse operationeel verantwoordelijken	66
Tabel 4: Samenvattende tabel SWOT-analyse directie	74
Tabel 5: Samenvattende tabel SWOT-analyse verpleegkundigen	80
Tabel 6: Overeenkomsten en verschillen tussen respondenten	87
Tabel 7: Mogelijkheden om kosten meldsystemen te besparen	91

Lijst van bijlagen

Bijlage 1: Gebruikt verwijzingssysteem	111
Bijlage 2: Medische versie Eindhoven Classificatiemodel	115
Bijlage 3: Classificatie/actie matrix	118
Bijlage 4: Gebruikte vragenlijsten	119
Bijlage 5: Lijst met deelnemende ziekenhuizen	124
Bijlage 6: Hazard Scoring Matrix	126
Bijlage 7: Samenvatting wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg	127

Alvorens te beginnen met hoofdstuk 1, lijkt een verklaring van enkele veel voorkomende termen in deze masterproef aangewezen. Een fout kan omschreven worden als het niet uitvoeren van een geplande actie (fout in de uitvoering) of het toepassen van een verkeerd plan om het doel te bereiken (fout in de planning). Een incident is een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden. Vermijdbaar: een incident is vermijdbaar als na systematische analyse van de gebeurtenis(sen) blijkt dat bepaalde maatregelen het incident hadden kunnen voorkomen. Een near miss of bijna-incident is een onbedoelde gebeurtenis die a) voor de patiënt geen nadelen oplevert omdat de gevolgen ervan op tijd zijn onderkend en gecorrigeerd (near miss), of b) waarvan de gevolgen niet van invloed zijn op het fysiek, psychisch of sociaal functioneren van de patiënt (Wagner & Van der Wal, 2005).

HOOFDSTUK I: Probleemstelling

1.1 Praktijkprobleem

Gezondheidszorg is een complex gegeven dat zich voordoet in een snelveranderende omgeving waarin technologie een zeer belangrijke rol speelt. Verschillende individuen nemen deel aan het zorgproces en moeten dagelijks beslissingen nemen waaraan grote risico's vasthangen. Dit alles brengt met zich mee dat gezondheidszorg een sector is waarin verschillende dingen fout kunnen lopen (WHO, 2004).

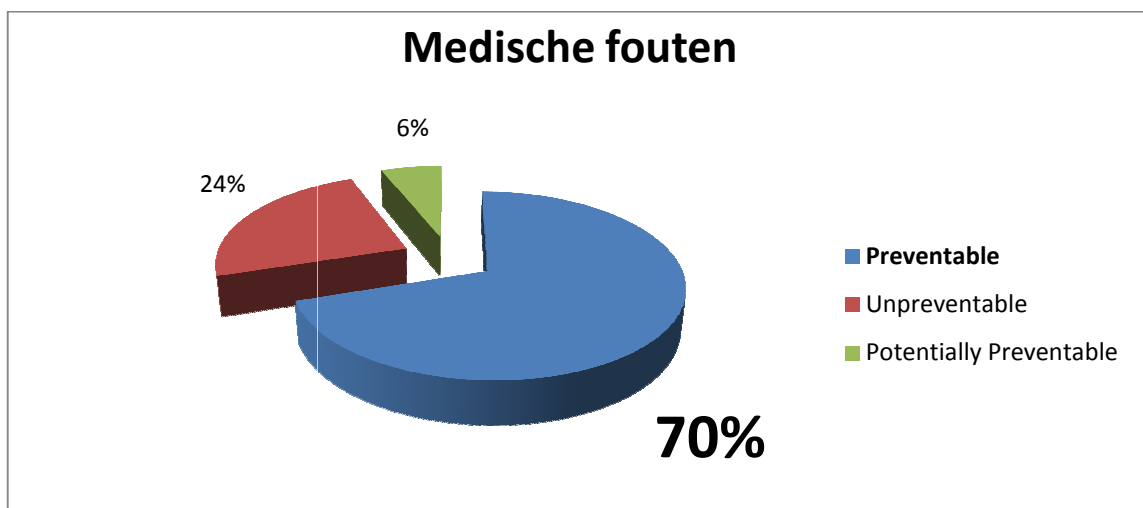
Kwaliteitsvolle zorg is uitermate belangrijk in de gezondheidssector en kent zes essentiële kenmerken. Om als kwaliteitsvol beschouwd te worden moet de zorg patiëntgestuurd, effectief, efficiënt, tijdig, billijk en veilig zijn. Onder veilige zorg wordt verstaan dat de patiënt geen schade lijdt door de zorg of door zijn/haar contact met het zorgsysteem (Institute of Medicine, 2000).

Toegang tot deze hoge kwaliteitsgezondheidszorg is een primair mensenrecht erkend en gewaardeerd door de Europese Unie, de instituties van de Europese Unie en de Europese burgers. Patiënten hebben het recht te verwachten dat alle mogelijke inspanningen gedaan worden om hun veiligheid als gebruikers van gezondheidsdiensten te verzekeren (Europese Commissie, 2005). Aandacht voor patiëntveiligheid is een belangrijk element in dit alles.

Patiëntveiligheid kan gedefinieerd worden 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 tekortkoming van het zorgsysteem (Wagner & Van Der Wal, 2005).

Patiëntveiligheid is wereldwijd voornamelijk in de aandacht gekomen na de publicatie van "To err is human: building a safer health system" uitgegeven door het Institute of Medicine van de Verenigde Staten in 2000. Volgens deze publicatie sterven er jaarlijks 44.000 tot 98.000 patiënten in Amerika als gevolg van medische fouten. Dit brengt met zich mee dat in Amerika meer mensen sterven ten gevolge van medische fouten dan ten gevolge van een verkeersongeval. Extrapolatie van deze cijfers naar Belgische normen brengt ons op ongeveer 1.500-2.000 doden per jaar (Vleugels, 2005). Deze cijfers worden bevestigd door een recent onderzoek uitgevoerd door de mutualistische maatschappij Medical Services. Volgens dit onderzoek sterven jaarlijks 2.000 personen in België als gevolg van medische fouten gedurende de hospitalisatie (Medical Services, 2007).

Zoals op figuur 1 weergegeven wordt, kan gesteld worden dat van alle medische fouten die gebeuren in ziekenhuizen 24% onvermijdbaar is en 6% mogelijk vermijdbaar. Wat als gevolg heeft dat maar liefst 70% van alle medische fouten in de ziekenhuizen als vermijdbaar kan geclassificeerd worden (Institute of Medicine, 2000).



Figuur 1: Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system (2000).

Een belangrijk gevolg van het voordoen van deze medische fouten is de schade die deze met zich meebrengen. Voornamelijk van belang is de grootte van de vermijdbare schade. Volgens een Nederlands onderzoek uit 2007 treedt er bij 2,3% van alle opnames in Nederlandse ziekenhuizen vermijdbare schade op. Uitgedrukt in cijfers van 2004 gaat dit om ongeveer 30.000 patiënten, waarvan er 1.735 overleden als gevolg van vermijdbare schade. Medische fouten en bijhorende schade brengen extra kosten met zich mee. Hierbij kan gedacht worden aan kosten ten gevolge van een verlengd ziekenhuisverblijf en bijkomende zorg, productieverlies omwille van invaliditeit of overlijden, bijkomende administratieve kosten enzovoort. In Nederland bedroegen in 2004 de extra kosten voor ziekenhuizen ten gevolge van vermijdbare schade 167 miljoen euro (de Bruijne, Zegers, Hoonhout, & Wagner, 2007). Naast deze economische kosten is er nog een ander belangrijk aspect waar men rekening mee moet houden bij medische fouten, namelijk het geschade vertrouwen van de maatschappij in de gezondheidszorg. Dit kan moeilijk in cijfers uitgedrukt worden maar speelt een niet te onderschatten rol (WHO, 2004).

In 2007 bedroegen de uitgaven aan de gezondheidssector in België ongeveer 10,7% van het bruto binnenlands product [BBP] (OECD, 2009). Het BBP drukt de totale waarde van de output geproduceerd in een land gedurende een bepaalde periode uit (Lipsev & Chrystal, 2004). Dit cijfer toont aan dat het voor ons land van groot belang is enkele maatregelen door te voeren om medische fouten aan te pakken en op die manier besparingen teweeg te brengen voor de gezondheidssector. Sedert oktober 2007 heeft de Belgische overheid een strategische nota inzake patiëntveiligheid opgesteld met als doel de gezondheidssector meer bewust te maken van het belang van patiëntveiligheid. In deze nota wordt een specifiek Belgisch beleid inzake patiëntveiligheid voorgesteld. In de nota kan onder meer teruggevonden worden dat de overheid zich zal engageren om een gepaste wet- en regelgeving te creëren waarbinnen systemen voor het melden van medische fouten optimaal kunnen functioneren. Verder zal de overheid ook proberen een uniforme en eenduidige taxonomie in verband met patiëntveiligheid ter beschikking te stellen (FOD Volksgezondheid, 2007).

Het rapport 'To err is Human' van het Institute of Medicine (2000) heeft ook de nadruk gelegd op de noodzaak om de 'shame and blame' cultuur die in sommige ziekenhuizen heerst, de rug toe te keren en zich op deze manier expliciet af te zetten tegen de Amerikaanse claimcultuur. Binnen deze shame en blame cultuur draait het voornamelijk om het straffen van personen wanneer deze een fout begaan. De gezondheidssector wil

zich meer richten op een systematische aanpak van de problemen van onveiligheid en nadrukkelijk de aandacht vestigen op de preventieve maatregelen die rekening houden met de menselijke beperkingen en tekortkomingen (Van Everdingen et al., 2006).

1.2 Centrale onderzoeksvraag

Er bestaan uiteenlopende manieren om patiëntveiligheid te verbeteren en zo het aantal vermijdbare medische fouten te reduceren. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan het opstellen van een ziekenhuiscultuur waarin het verbeteren van patiëntveiligheid prioriteit is, goed opgeleid personeel en het opstellen van incident-meldingssystemen. Deze masterproef is gericht op één mogelijke manier om het aantal incidenten binnen de ziekenhuissector te reduceren, namelijk via het gebruik van incident-meldingssystemen.

De Wereldgezondheidsorganisatie [WHO] richtte in 2004 de World Alliance for Patient Safety op die zich als doel stelt de wereldwijde verbeteringen in verband met patiëntveiligheid te coördineren, versnellen en verspreiden. Elk jaar levert de World Alliance for Patient Safety een aantal programma's af met aanwijzingen om patiëntveiligheid wereldwijd te verbeteren. In het Forward Programme van 2005 stelt de WHO zes actiepunten voor die samen tot een verbetering van patiëntveiligheid moeten leiden. In het zesde actiepunt staan incident-meldingssystemen centraal. Volgens het rapport is het opbouwen van incident-meldingssystemen een fundamenteel element om patiëntveiligheid te verbeteren. Via deze systemen kunnen ziekenhuizen informatie verzamelen in verband met incidenten, fouten en near misses zodat deze gebruikt kan worden als een leerbron om gebeurtenissen in de toekomst te vermijden (WHO, 2004).

In België komen meldsystemen meer en meer in de aandacht. In de strategische beleidsnota patiëntveiligheid van de Federale Overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu raadt de overheid ziekenhuizen aan om een operationeel meldsysteem in te voeren ter verbetering van patiëntveiligheid (FOD Volksgezondheid, 2007).

Verschillende ziekenhuizen in Vlaanderen hebben reeds een incident-meldingssysteem ingevoerd of zijn bezig met de ontwikkeling hiervan. Bij sommige ziekenhuizen is het gebruik van incident-meldingssystemen al volledig ingeburgerd, terwijl het bij andere

nog in de kinderschoenen staat. Alle ziekenhuizen ontwikkelen eigen systemen die voldoen aan hun specifieke behoeftes. Dit brengt met zich mee dat er heel erg uiteenlopende soorten incident-meldingssystemen in gebruik zijn die allen opgebouwd zijn volgens de eigen wensen van het ziekenhuis en elk hun sterke en minder sterke kanten hebben. Een vergelijkende, inventariserende studie zou heel wat informatie kunnen opleveren over de huidige stand van zaken in verband met incident-meldingssystemen in de Vlaamse ziekenhuizen. Via deze inventariserende studie kunnen algemene conclusies aangaande de sterke en minder sterke punten van meldsystemen getrokken worden.

Als centrale onderzoeksvraag kan geformuleerd worden:

Op welke manier zijn de huidige incident-meldingssystemen binnen de Vlaamse ziekenhuizen opgebouwd peilend naar kwaliteit en volledigheid, waar liggen de sterke punten en de eventuele knelpunten?

Door deze vraag te beantwoorden kan onderzocht worden of er elementen naar voren komen die essentieel zijn voor een meldsysteem, welke gezamenlijke knelpunten er bestaan en op welke manier een meldsysteem nut oplevert voor verschillende groepen personeelsleden binnen een ziekenhuis. Nadat het onderzoek is afgerond, kunnen er aanbevelingen gedaan worden waarbij voornamelijk de aandacht gevestigd gaat worden op mogelijke kostenreducties en manieren om efficiënter te werk te gaan.

1.3 Deelvragen

1.3.1 Deelvraag 1

Incident-meldingssystemen kunnen op verschillende manieren opgebouwd worden. Verschillende ziekenhuizen in Vlaanderen hebben reeds meldsystemen opgebouwd of zijn volop systemen aan het opbouwen die het beste aansluiten bij hun specifieke noden en wensen. In de literatuur zijn er verschillende werken terug te vinden die de opbouw van meldsystemen bespreken. De WHO stelt in de WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems (2005) een mogelijke opbouw van meldsystemen voor. Een ander model dat in de literatuur terug te vinden is, is het near miss management model of 7-module raamwerk. Het 7-module raamwerk is een normatief model dat zeven stappen voorstelt volgens welk elk meldsysteem in ideale omstandigheden zou moeten

opgebouwd zijn. Het model kan gebruikt worden als een checklist om een bestaand incident-meldingssysteem te onderzoeken en op deze manier een inventarisatie te maken van het systeem. Door na te gaan welke stappen er in het meldsysteem ontbreken, vergeleken met het 7-module raamwerk, kan het meldsysteem geëvalueerd worden (van der Schaaf, Lucas, & Hale, 1991). Dit raamwerk vergemakkelijkt de onderlinge vergelijking tussen de verschillende ziekenhuizen naar opbouw en kwaliteit van de meldsystemen en zal binnen deze masterproef gebruikt worden om een overzicht te krijgen van de huidig gebruikte meldsystemen in Vlaanderen.

Peilend naar de kwaliteit, zijn de huidige incident-meldingssystemen volledig opgebouwd volgens het 7-module raamwerk?

1.3.2 Deelvraag 2

Elk ziekenhuis voert een meldsysteem door dat het best past bij hun specifieke behoeftes. Dit brengt met zich mee dat de verschillende bestaande meldsystemen ook verschillende voor- en nadelen hebben. Anderzijds is een ziekenhuis opgebouwd uit verschillende groepen personeelsleden. Zo kunnen onder andere de directie, de operationeel verantwoordelijken en het verplegend personeel onderscheiden worden. Artsen worden in dit onderzoek tot de groep van verplegend personeel gerekend. Deze drie groepen van personeelsleden nemen elk een andere functie in binnen het ziekenhuiskader en concentreren zich op andere aspecten van het zorgproces. Dit brengt met zich mee dat ze elk hun eigen perceptie op de meldsystemen hebben en belang hechten aan andere elementen.

Van de directie kan verwacht worden dat ze zich voornamelijk zal concentreren op de financiële aspecten van het meldsysteem. De operationeel verantwoordelijken zijn de personen die zich meer bezighouden met de ontwikkeling en opvolging van de systemen en zullen hier misschien meer belang aan hechten. Verpleegkundigen en artsen daarentegen hebben weer een andere kijk op de meldsystemen aangezien zij degene zijn die er dagelijks gebruik van maken en zorgen voor de input van de systemen. Zij zullen dus meer vertrekken vanuit echte praktijkervaringen. Omwille van de grote diversiteit tussen de drie groepen personeelsleden zullen zij ook andere sterktes, zwaktes, opportuniteiten en bedreigingen opmerken bij de meldsystemen.

Het opbouwen, ontwikkeling en gebruiken van incident-meldingssystemen brengt heel wat kosten met zich mee. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan kosten van onderzoek en ontwikkeling, arbeidskosten en kosten voor het analyseren van de meldingen. Aangezien een ziekenhuis bekeken kan worden als een onderneming, zal het ziekenhuismanagement voortdurend op zoek gaan naar manieren om kosten te besparen. Via het wegwerken van zwaktes en het gebruik maken van mogelijke opportuniteiten gaan er kansen ontstaan om de kosten van meldsystemen terug te dringen.

De tweede deelvraag zal beantwoord worden door gebruik te maken van een SWOT-analyse. Kotler, Armstrong, Saunders en Wong (2005) definiëren een SWOT-analyse als volgt: de bevindingen van de interne en externe doorlichting, waarbij de aandacht wordt gevestigd op de kritische sterke en zwakke punten van de organisatie en de kansen en bedreigingen uit de omgeving. (p.56) Concreet wordt er gekeken waar de sterke en zwakke punten van de meldsystemen liggen en welke opportuniteiten en bedreigingen er zijn.

De tweede deelvraag die gesteld kan worden, bestaat uit twee onderdelen:

- a. *Wat is het waargenomen nut van de huidige incident-meldingssystemen voor de drie verschillende groepen van personeelsleden, zijnde de directie, de operationeel verantwoordelijken en het verplegend personeel?*
- b. *Welke mogelijkheden komen hieruit naar voren om de kosten van de huidige meldsystemen terug te dringen?*

1.4 Onderzoeksaanpak

Om deze vragen te beantwoorden zal in verschillende fases te werk gegaan worden. Allereerst zal een literatuurstudie uitgevoerd worden om zo meer te weten te komen over het gebruik, de kenmerken en de opbouw van incident-meldingssystemen binnen ziekenhuizen. Hieruit komt mogelijk al belangrijke informatie naar voren die deels kan gebruikt worden ter ondersteuning van deelvraag twee.

Vervolgens zal aan de hand van interviews van bevoorrechte getuigen door middel van een vragenlijst in verschillende ziekenhuizen onderzocht worden op welke manier de huidige incident-meldingssystemen het 7-module raamwerk, dat boven kort vermeld werd, implementeren (van der Schaaf, Lucas, & Hale, 1991). Op deze manier kan een antwoord geformuleerd worden op deelvraag één. De vragenlijst zal bestaan uit zeer specifieke vragen gericht op de zeven stappen van het raamwerk. Daarnaast zullen er ook enkele open vragen gesteld worden om zoveel mogelijk en correcte informatie te verkrijgen. Zowel universitaire als niet-universitaire ziekenhuizen zullen bevraagd worden alsook grote en minder grote ziekenhuizen, om op deze manier misschien opmerkelijke verschillen aan het licht te brengen.

Voor het beantwoorden van de tweede deelvraag zal gebruik gemaakt worden van een SWOT-analyse. Kotler, Armstrong, Saunders en Wong (2005) definiëren een SWOT-analyse als volgt: de bevindingen van de interne en externe doorlichting, waarbij de aandacht wordt gevestigd op de kritische sterke en zwakke punten van de organisatie en de kansen en bedreigingen uit de omgeving. (p.56) Een SWOT-analyse enkel bekeken vanuit één standpunt zou echter heel erg subjectief zijn omwille van het feit dat er geen standaard incident-meldingssysteem bestaat waartegen men de bestaande systemen kan afwegen. Omwille van die reden is het beter om door middel van interviews aan de hand van een weldoordachte vragenlijst een SWOT-analyse te laten uitvoeren door de personeelsleden van een ziekenhuis en dit op de drie verschillende niveaus van de directie, de operationeel verantwoordelijken en het verplegend personeel. Op deze manier kan te weten gekomen worden of de verschillende groepen personeelsleden belang hechten aan dezelfde elementen en waar de voornaamste verschilpunten liggen. Op basis van de uitkomsten van de SWOT-analyses kan bepaald worden op welke manieren een reductie van de kosten van de incident-meldingssystemen mogelijk is. De

zwakke punten en de opportuniteiten kunnen manieren aangeven waarop kosten bespaard kunnen worden. Verder zal de vraag omtrent de kosten beantwoord worden door middel van gegevens uit de literatuur.

1.5 Doelstelling

Het doel van deze masterproef is tweëerlei. In eerste instantie is het de bedoeling om een kleinschalige inventarisatie op te maken van de huidig gebruikte incident-meldingssystemen in Vlaamse ziekenhuizen. Uit deze inventarisatie zullen de sterke en zwakke punten geïdentificeerd worden om zo algemene verbetermaatregelen voor te stellen alsook verbetermaatregelen specifiek gericht op het kostenaspect van de meldsystemen. Omwille van de kleinschaligheid van het onderzoek zullen de resultaten echter met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

Het tweede doel van deze masterproef bestaat erin een feasibility-studie uit te voeren. De opzet hiervan is na te gaan of de tools die gebruikt worden om de deelvragen te beantwoorden, hier wel degelijk geschikt voor zijn. Wanneer hier positief op geantwoord kan worden, kunnen deze tools handige instrumenten betekenen voor de ziekenhuizen zelf. De ziekenhuizen zouden dan periodiek zelf deze tools kunnen hanteren om de incident-meldingssystemen van dichtbij op te volgen en er voor te zorgen dat ze steeds een goed beeld hebben van de stand van zaken. Op deze manier zullen de meldsystemen geoptimaliseerd kunnen worden.

HOOFDSTUK II: Ontstaan van incidenten binnen ziekenhuizen

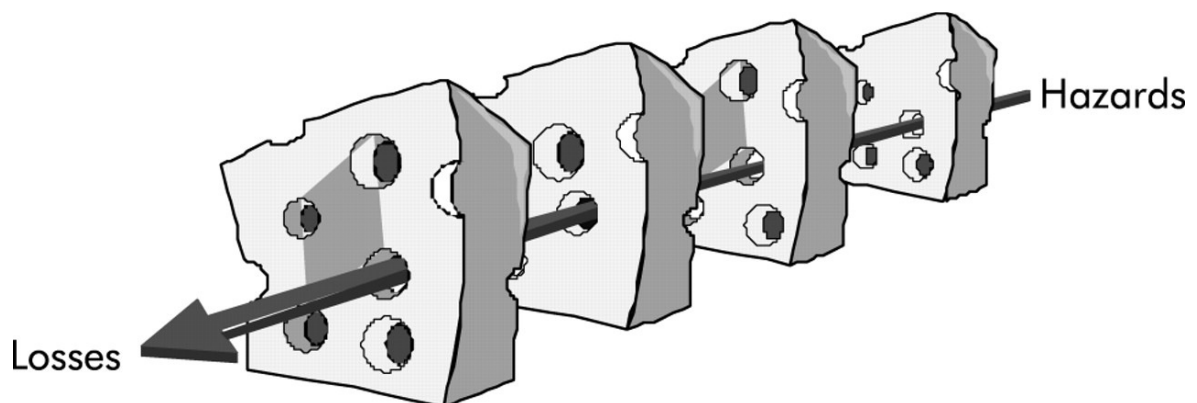
Gezondheidszorg bevat enkele specifieke kenmerken die deze sector onderscheidt van andere sectoren met hoge risico's zoals bijvoorbeeld de luchtvaart. Dit brengt met zich mee dat het ontstaan van incidenten niet helemaal gelijklopend te noemen is binnen deze sectoren. Een eerste element dat de gezondheidssector onderscheidt, bestaat in het feit dat er een enorme diversiteit terug te vinden is van activiteiten en gebruikte instrumenten waarmee personen in de gezondheidssector dagelijks in contact staan. Een tweede kenmerk is de frequentie van noodgevallen. Vaak moeten artsen en verpleegkundigen snel kunnen reageren om het leven van een persoon te redden of ernstige letsels te voorkomen. Vervolgens is er ook een grote mate van onzekerheid terug te vinden binnen de gezondheidssector. Gezondheidszorg is een sector waarin men nooit met 100% zekerheid dingen kan voorspellen. Ook de kwetsbaarheid van patiënten maakt de gezondheidssector heel apart. Patiënten zijn geen machines en kunnen op uiteenlopende manieren gekwetst worden gedurende het zorgproces. Het grootste verschil met andere sectoren bestaat er echter in dat er in de gezondheidssector een 'één-op-één' relatie tot stand komt, waar er in andere sectoren sprake is van een 'één-op-veel' relatie. In de meeste sectoren buiten de gezondheidszorg zorgt één persoon voor de behoeftes van verschillende gebruikers, in de gezondheidszorg zorgt één persoon (of eventueel een groep personen) voor de noden van één andere persoon. Al deze verschillende elementen zorgen ervoor dat het ontstaan van incidenten in de gezondheidssector niet volledig gelijklopend is met het ontstaan van incidenten in andere sectoren met hoge risico's (Reason, 2004).

2.1 Zwitserse kaasmodel

In een omgeving waarin verschillende groepen mensen actief zijn, bestaat er altijd een kans op fouten. Mensen zijn niet feilloos. Binnen de ziekenhuissfeer zijn er verschillende barrières ingebouwd om de kans op een incident tijdig op te sporen en te behandelen, maar toch gaat het soms nog mis. Barrières vormen geen garantie dat alles perfect loopt (Reason, 2004). Mogelijke barrières om ongewenste gebeurtenissen te voorkomen kunnen dubbele controles, alarmmechanismen, een goed personeelsbeleid en een goed opleidingsbeleid zijn. Wanneer er te weinig aandacht is voor risico's binnen de opleiding

of wanneer het personeel onderbemand is, zijn de barrières inadequaats om mogelijke incidenten te voorkomen (Willems, 2004).

In figuur 2 wordt het ontstaan van incidenten voorgesteld aan de hand van het Zwitserse kaasmodel ontwikkeld door James Reason. De kaasplakken stellen de verschillende barrières voor die ingebouwd zijn ter voorkoming van incidenten. In een ideale omgeving zouden de barrières zo opgebouwd moeten zijn dat een mogelijk incident telkens gestopt wordt en niet door de gaten van de barrières heen kan. Gaten in een laag van een barrière zorgen meestal niet onmiddellijk tot incidenten. Een incident doet zich slechts voor wanneer de gaten in de verschillende lagen van barrières zich gelijktijdig voordoen en op één rechte lijn komen te staan. In de huidige ziekenhuissfeer zijn er gaten in de barrières terug te vinden omwille van twee redenen. In eerste instantie is er sprake van actieve fouten. Actieve fouten zijn onveilige handelingen begaan door personen die in direct contact staan met het systeem of de patiënt. Anderzijds zijn er ook latente condities. Deze worden niet veroorzaakt door de personen die in direct contact met het systeem staan, maar door beslissingen genomen door de managers en ontwikkelaars van het systeem. Dit soort fouten kan men nooit vermijden aangezien het onhaalbaar is om alle mogelijke risico's die zich zouden kunnen voordoen te voorzien (Reason, 2004).

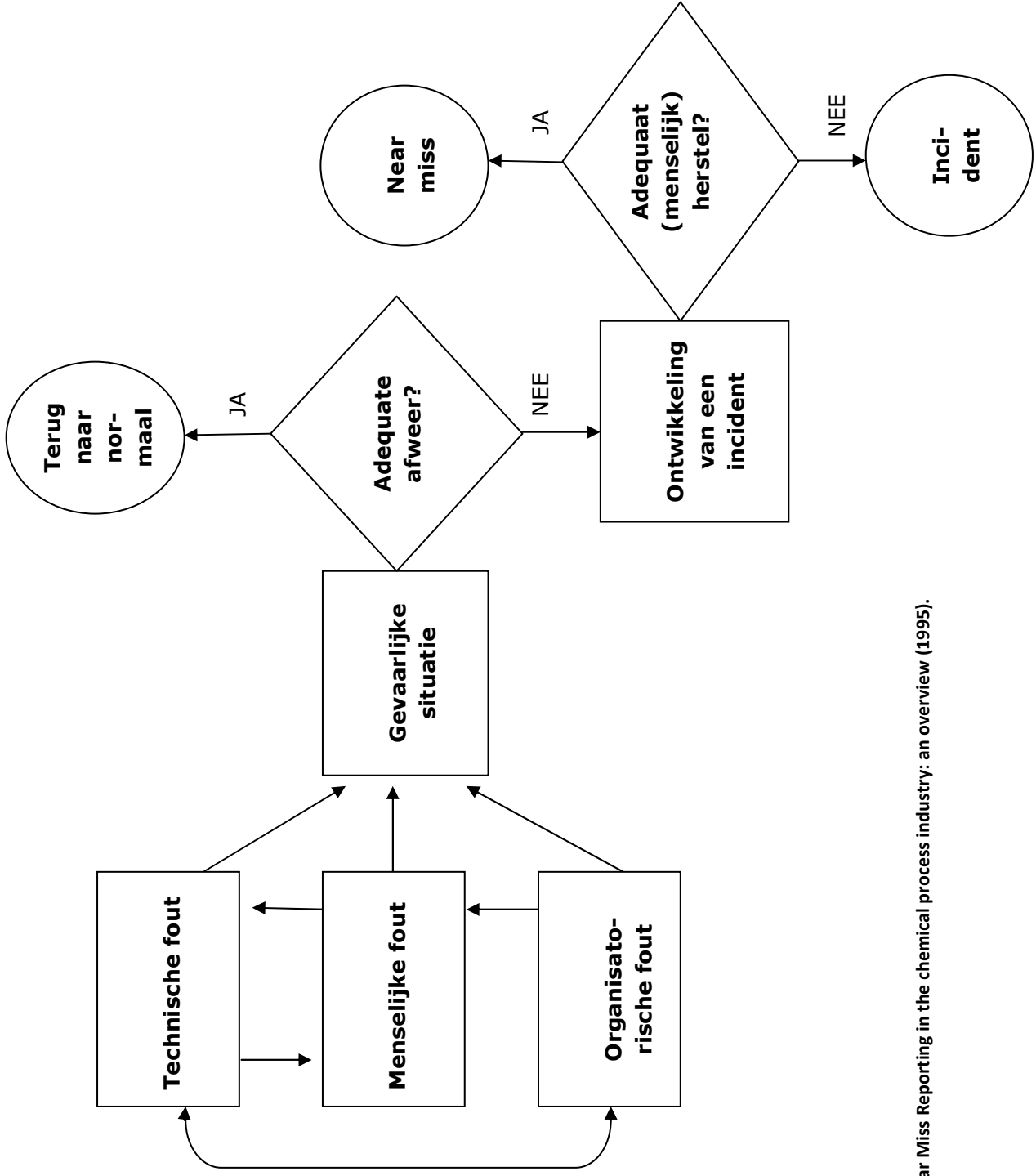


Figuur 2: Reason, J. Beyond the organisational accident: the need for "error wisdom" on the frontline (2004).

2.2 Incident-oorzakenmodel

Het voorgaande model toont aan dat fouten binnen een ziekenhuiscontext nooit helemaal vermeden kunnen worden en dat door gaten in de veiligheidsbarrières zich steeds incidenten kunnen ontwikkelen. In het incident-oorzakenmodel komt tot uiting hoe een interactie van technische, organisatorische en menselijke fouten kan leiden tot het ontstaan van incidenten en op welke manier bijna-incidenten of near misses ontstaan.

In het model, weergegeven door figuur 3, kan gezien worden dat processen binnen het ziekenhuis fout kunnen lopen als gevolg van een menselijke, organisatorische of technische fout of een combinatie van deze. Vervolgens ontstaat door deze fout een gevaarlijke situatie waarin er een verhoogd risico waargenomen wordt, maar waar er zich nog geen werkelijke consequenties voordoen. Wanneer er barrières in het proces ingebouwd zijn waardoor risico's tijdig geïdentificeerd en opgelost kunnen worden, gaat men terug naar de oorspronkelijke situatie waarin alles normaal is. Anderzijds kan er zich ook de situatie voordoen dat er geen barrières ingebouwd zijn die de fout tegenhouden. In dat geval ontwikkelt er zich een incident. Deze ontwikkeling kan tegengehouden worden door menselijk optreden waardoor het incident resulteert in een near miss of bijna-incident. Wanneer er geen tijdig menselijk optreden plaatsvindt, doet er zich een werkelijk incident voor. Het incident-oorzakenmodel geeft aan dat near misses beschouwd kunnen worden als voorspellers van mogelijke incidenten. Door deze near misses tijdig aan te pakken, kunnen toekomstige incidenten voorkomen en vermeden worden (Institute of Medicine, 2001; van der Schaaf, 1995).



Figuur 3: van der Schaaf, T.W. Near Miss Reporting in the chemical process industry: an overview (1995).

HOOFDSTUK III: Incident-meldingssystemen

3.1 Inleiding

Incident-meldingssystemen zijn al jaren ingeburgerd in sectoren buiten de gezondheidssector. De meest ontwikkelde meldsystemen zijn terug te vinden in de luchtvaart, nucleaire industrie, petrochemie en staalproductie. Veel van de huidige meldsystemen in ziekenhuizen zijn gebaseerd op de systemen gebruikt in deze sectoren, aangepast aan de specifieke noden die ziekenhuizen eisen (Barach & Small, 2000). De Verenigde Staten en Groot-Brittannië hebben al jaren niet-bestrafende, vrijwillige, nationale meldsystemen opgebouwd voor de luchtvaartindustrie. Piloten kunnen vrijwillig melding doen van incidenten aan deze systemen zonder dat ze hierdoor de kans lopen om gestraft te worden. Dit laat een onmiddellijke, correcte reactie op de melding toe (Helmreich, 2000).

Een algemene definitie van een incident-meldingssysteem bestaat niet, wel kan door middel van een omschrijving een beter beeld geven worden van waar een meldsysteem om draait. Incident-meldingssystemen zijn systemen waaraan mensen kunnen rapporteren wanneer er iets fout loopt of wanneer er iets bijna fout loopt. Enkel observeren dat er iets fout gaat, is vaak onvoldoende om deze fout in de toekomst te vermijden. Het vermijden van fouten impliceert het begrijpen van de achterliggende oorzaken van de fout (Vincent, 2003). Een meldsysteem zou zowel een meld- als leersysteem moeten zijn, waaraan men de gemaakte fouten kan melden en hieruit vervolgens kan leren om deze naar de toekomst toe zoveel mogelijk te voorkomen. De intentie van een incident-meldingssysteem binnen een ziekenhuis bestaat erin dat verschillende partijen waaronder artsen, verpleegkundigen of zelfs de patiënten zelf fouten of near misses gaan melden met de bedoeling hieruit te leren en fouten in de toekomst te vermijden. Het fundamentele doel van een meldsysteem bestaat niet in het melden op zich, wel in het verbeteren van patiëntveiligheid door middel van aanbevelingen en conclusies die voortvloeien uit een analyse van de meldingen. Op een minimaal niveau kan een incident-meldingssysteem risico's helpen identificeren in het zorgproces en zo informatie leveren over plaatsen in de zorgketen waar het misloopt (WHO, 2005).

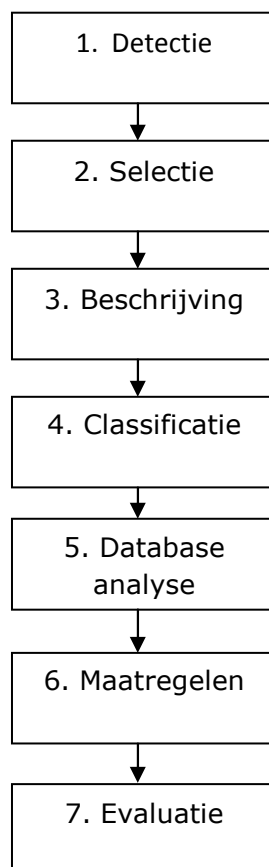
Er bestaan heel erg uiteenlopende vormen meldsystemen. Sommige meldsystemen worden als vrijwillig geclassificeerd aangezien mensen zelf de vrije keuze hebben om al dan niet melding te doen van een bepaalde gebeurtenis. Andere systemen zijn verplichte systemen waar mensen verplicht worden om bepaalde types gebeurtenissen te melden. Anderzijds kunnen systemen op verschillende niveaus opgebouwd worden, zowel op afdelingsniveau als op ziekenhuisniveau, alsook regionaal of zelfs nationaal. Het voordeel van nationale, alsook in mindere mate regionale, meldsystemen bestaat erin dat informatie vanuit verschillende bronnen samen wordt gebracht waardoor de pakkans op systeemfouten vergroot. Op deze manier kan informatie verenigd worden en verkrijgt men meer mogelijkheden om de problemen aan te pakken (Legemaate, Christiaans-Dingelhoff, Doppegieter, & de Roode, 2006). De nadelen die vasthangen aan nationale meldsystemen zijn de hoge kosten en grote technologische uitdagingen om alles optimaal te laten functioneren (Leape, 2002). In Engeland bestaat bijvoorbeeld het 'National Reporting and Learning System', een nationaal meldsysteem waaraan men anonieme meldingen kan doen over alle mogelijk patiëntveiligheidsincidenten die zich voordoen. Deze meldingen komen terecht in een nationale databank waarna experts de rapporten analyseren, de meest voorkomende risico's identificeren en mogelijke opportuniteiten om patiëntveiligheid te verbeteren voorstellen. Op deze manier probeert men op een nationaal niveau de patiëntveiligheid te verbeteren (National Patient Safety Agency, 2009). Regionale systemen zorgen voor meer specifiekere feedback op mogelijke meldingen en verhogen de lokale effectiviteit (Barach & Small, 2000). Aan de andere kant erkent men dat het melden en analyseren van fouten op afdelingsniveau een groter leereffect met zich meebrengt, het veiligheidsbewustzijn stimuleert en de meldingsbereidheid verhoogt (Legemaate, Christiaans-Dingelhoff, Doppegieter, & de Roode, 2006).

3.2 7-module raamwerk

In 1991 ontwikkelde van der Schaaf, Lucas en Hale het near miss management model, ook wel het 7-module raamwerk genoemd. Het model werd opgesteld na een internationale workshop rond Near Miss Reporting in Eindhoven in 1989 en na het uitvoeren van een driejarig contract ter ontwikkeling en implementatie van een Near Miss Management Systeem in een chemisch bedrijf in Rotterdam. Near misses werden doelbewust opgenomen in het incident-meldingssysteem omwille van drie redenen. Door

toedoen van een succesvol veiligheidsmanagement zijn het aantal werkelijke incidenten in chemische bedrijven heel erg gedaald. Dit heeft tot gevolg dat deze werkelijke incidenten statistisch te klein zijn om nuttige feedback op te leveren. Near misses kunnen dit probleem verhelpen. Vervolgens beseft men dat er evenveel geleerd kan worden van herstelfactoren die ervoor zorgen dat een incident zich niet ontwikkelt. Tot slot worden near misses opgenomen in het meldsysteem omdat deze ervoor zorgen dat er een zekere mate van alertheid behouden wordt en veiligheid niet als vanzelfsprekend beschouwd wordt (van der Schaaf, 1995).

Het 7-module raamwerk vormt een normatief model dat een mogelijke opbouw van incident-meldingssystemen voorstelt waarbij rekening wordt gehouden met het melden van near misses. Het model vormt eveneens een vergelijkend mechanisme voor meldsystemen. Volgens het 7-module raamwerk zou elk ideaal meldsysteem opgebouwd moeten zijn volgens de volgende zeven stappen (van der Schaaf, Lucas, & Hale, 1991):



Dit model zal bij het beantwoorden van de onderzoeksvragen gebruikt worden om de opbouw van de meldsystemen in de Vlaamse ziekenhuizen te onderzoeken. Concreet zal er nagegaan worden of de huidige meldsystemen de volledige opbouw van dit schema volgen. Aan de hand hiervan kan er onderzocht worden waarom sommige stappen niet voorkomen of net heel erg uitgewerkt zijn. In 2005 werd een gelijkaardige aanpak gebruikt om twee types incident-meldingssystemen te onderzoeken. Concreet werd er nagegaan hoe het 'Confidential Incident Reporting and Analysis System' ontwikkeld voor de treinindustrie en 'The Lyondell Chemicals near-miss system' van een Nederlands chemisch bedrijf, het 7-module raamwerk toepasten. Voor alle zeven stappen van het 7-module raamwerk werd er nagegaan hoe deze toegepast werden in de meldsystemen (Wilson & Corlett, 2005). De zeven stappen waaruit 7-module raamwerk bestaat, worden in de rest van dit hoofdstuk in detail uitgelegd.

1. Detectie

In deze eerste fase gaat men de fouten of eventueel ook de near misses rapporteren aan het meldsysteem (van der Schaaf, Lucas, & Hale, 1991). Het melden van zowel werkelijke fouten als near misses heeft voor- en nadelen, zoals in volgende hoofdstukken verder uitgelegd zal worden. Wanneer ook melding gedaan wordt van near misses, gaat men een veel groter aantal meldingen verkrijgen met als gevolg ook meer informatie. Vervolgens komt er ook informatie naar voren in verband met de mogelijke herstelfactoren. Dit heeft als voordeel dat de vaak onbekende sterke punten van een organisatie of afdeling kenbaar worden. Een volgend belangrijk element is dat er een grote bereidheid bestaat om near misses te melden. Bij een near miss is er geen werkelijke fout opgetreden, waardoor er ook geen schade is ontstaan. Het gevolg is dat er ook geen mogelijkheid ontstaat tot een schadeclaim of sanctie van het ziekenhuis (Pronk, 2004).

Belangrijk is dat op voorhand duidelijk vastgelegd wordt wat juist gemeld moet worden en dat er duidelijke definities bestaan omtrent de te melden elementen. Aan de ene kant gaat het definiëren ervoor zorgen dat wat men onder een incident of fout verstaat gelimiteerd wordt. Aan de andere kant zorgt een duidelijke definitie ervoor dat data over verschillende databanken heen kan gedeeld worden (Kaplan & Fastman, 2003).

Hoe de melding dient te verlopen moet ook op voorhand bepaald worden en moet duidelijk zijn naar de personen die een melding kunnen doen. Een incident melden kan aan de hand van verschillende media afhankelijk van de beschikbare middelen. Men kan de melding via e-mail, fax of telefoon laten verlopen of de melder zelf een papieren formulier laten invullen. Verder kan de meldprocedure heel gestructureerd zijn of net heel erg open. Gestructureerd wil zeggen dat men een vooraf opgesteld formulier heeft met enkele vragen waarbij mensen kunnen antwoorden op de vragen via een keuze uit enkele mogelijke antwoorden. Bij een open formulier kan de melder zelf vrij zijn verhaal vertellen zonder dat hij uit mogelijke antwoorden moet kiezen. De meeste meldsystemen gebruiken een combinatie van deze twee mogelijkheden. Het voordeel van een gestructureerd meldformulier is dat de gegevens snel ingevoerd kunnen worden, gemakkelijk te classificeren zijn en de analysekost daalt. Wanneer men daarentegen werkt met open formulieren, heeft men nood aan bijkomende bronnen voor de analyse en interpretatie van de melding (WHO, 2005).

2. Selectie

Nadat de meldingen gebeurd zijn, bestaat de volgende stap uit het selecteren van de cases die interessant zijn voor verdere analyse. Enkel melden dat iets misloopt, zal niet leiden tot een verbetering van de patiëntveiligheid. Er moet ook een analyse volgen waarin alle mogelijke oorzaken van het incident onderzocht worden. Een volwassen incident-meldingssysteem zal waarschijnlijk veel duplicaten generen van eerdere rapporten waardoor de werklading van het personeel groot wordt (van der Schaaf, Lucas, & Hale, 1991).

Om het leerproces met zo weinig mogelijk bronnen te maximaliseren is een selectieprocedure noodzakelijk om de meest interessante rapporten uit te filteren voor verdere analyse. Vooraf moeten er filters bepaald worden op basis waarvan men de meldingen gaat selecteren voor verdere analyse. In eerste instantie kan de selectie steekproefsgewijs verlopen. Zo kan men onder andere gebruik maken van een willekeurige steekproef waarbij men de keuze maakt om bijvoorbeeld ieder 10^{de} element te selecteren voor verder onderzoek. Verder kan ook gebruik gemaakt worden van specifieke filters om cases te selecteren. Men kan onder andere gaan kijken naar de ernst of de frequentie van de gebeurtenissen en op basis hiervan een richtlijn ontwikkelen voor de cases die geanalyseerd dienen te worden. Door middel van een risico-inventarisatie

matrix kan men ook combinaties van ernst en frequentie gaan gebruiken om de interessante cases te selecteren (van der Schaaf, Lucas, & Hale, 1991).

Figuur 4 toont een voorbeeld van een risico-inventarisatie matrix die gebruikt wordt bij een SAFER-analyse. Tijdens een SAFER-analyse worden risico's in het zorgproces geïnventariseerd. In deze matrix wordt gebruik gemaakt van een combinatie van de ernst van het incident en de frequentie waarmee het incident zich voordoet. Op basis hiervan wordt dan bepaald of het risico zeer hoog, hoog, laag of zeer laag is. Vervolgens kan men dan bijvoorbeeld beslissen om enkel die gevallen te selecteren met een hoog tot zeer hoog risico (Habraken, Reijnders-Thijssen, van der Schaaf, & Leistikow, 2006).

		ERNST			
		Catastrofaal Ca	Groot Gr	Matig Ma	Klein Kl
FRE QUE NTIE	Wekelijks We	Zeer hoog	Zeer hoog	Hoog	Laag
	Maandelijks Ma	Zeer hoog	Hoog	Laag	Zeer laag
	Jaarlijks Ja	Hoog	Laag	Laag	Zeer laag
	Minder dan 1x per jaar <Ja	Laag	Zeer laag	Zeer laag	Zeer laag

Figuur 4: Habraken, M., Reijnders-Thijssen, P., van der Schaaf, T., & Leistikow, I. SAFER - Scenario Analyse van Faalwijzen, Effecten en Risico's (2006).

Wanneer de juiste selectiecriteria vooropgesteld worden, zullen nieuwe incidenten of incidenten die uniek zijn geselecteerd worden voor verdere analyse en geen duplicaten van vorige analyses. Ook situaties die ernstige gevolgen hebben gehad voor de patiënt of het ziekenhuis zelf, zullen leiden tot verdere analyse. Ernstige gevolgen voor het ziekenhuis kunnen zowel van financiële aard zijn als bestaan uit het verlies van een goede reputatie (Kaplan & Fastman, 2003).

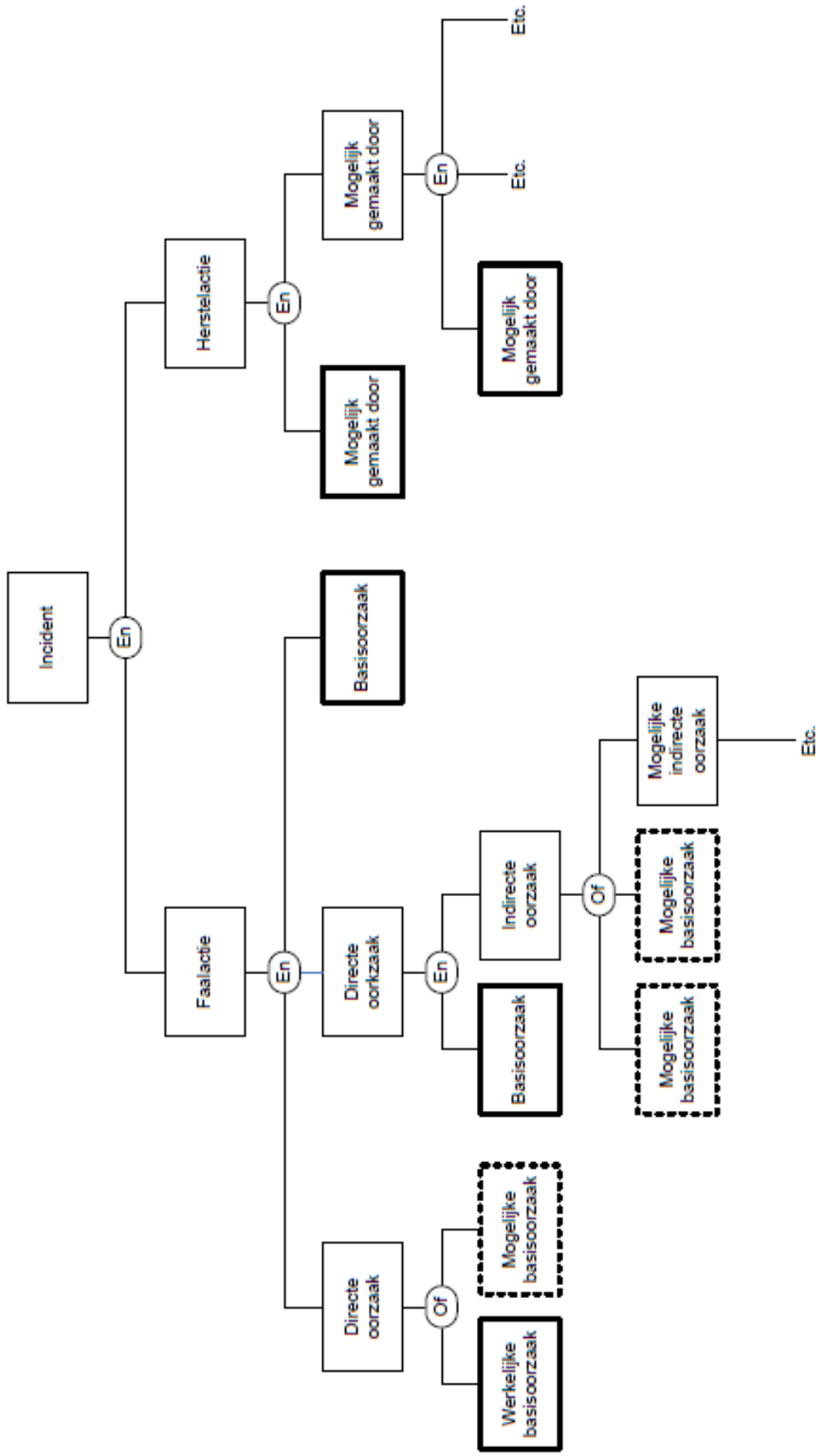
3. Beschrijving

Cases die geselecteerd zijn voor verdere analyse zouden moeten leiden tot een gedetailleerde, complete en neutrale beschrijving van de 'course of events' en situaties die geresulteerd hebben tot de melding. Hierbij moet aandacht besteed worden aan zowel alle menselijke als organisatorische factoren. De oorzakelijke elementen die hebben geleid tot de gebeurtenis moeten weergegeven worden in zowel logische als chronologische volgorde. Vooraf moet een duidelijk beleid vastgelegd worden van op welke manier de beschrijving het beste verloopt. Eventueel kan men een systematiek ontwikkelen op basis waarvan de beschrijving steeds moet verlopen (van der Schaaf, Lucas, & Hale, 1991).

De beschrijving kan gebeuren aan de hand van een oorzakenboom die op een schematische wijze het verloop van het incident weergeeft. Belangrijk is dat men hierbij zowel aandacht besteedt aan de oorzaak- als de herstelkant van de boom. De oorzaakkant geeft weer wat de oorzaken zijn van de gebeurtenis, waar de herstelkant weergeeft waarom de ongewenste gebeurtenis zich voorgedaan heeft. Een oorzakenboom geeft helemaal bovenaan het incident weer dat onderzocht wordt en splits zich vervolgens op in twee grote delen, de faalzijde en de herstelzijde. Vervolgens gaat men alle directe oorzaken van het incident in logische en chronologische volgorde weergeven. Deze directe oorzaken hebben elk ook hun eigen oorzaken en zo wordt de boom verder uitgebouwd totdat de zogenaamde basisoorzaken gevonden worden. Er zijn twee stopregels die men moet toepassen om te beslissen wanneer men moet stoppen met de boom verder uit te breiden. Een eerste stopregel stelt dat men moet stoppen met de boom verder uit te breiden wanneer men geen objectieve gegevens meer kan toevoegen maar enkel meningen en veronderstellingen. De tweede stopregel zegt dat er moet gestopt worden met oorzaken van oorzaken te zoeken wanneer de systeemgrens overschreden wordt. Dit wil zeggen dat de bijhorende maatregelen buiten de invloedssfeer van de organisatie vallen (van der Schaaf, 1997; van der Schaaf & Habraken, 2005).

Figuur 5 geeft een oorzakenboom weer zoals die gebruikt kan worden binnen de ziekenhuissfeer. Een oorzakenboom bestaat zowel uit en- als of-poorten. En-poorten geven aan welke oorzaken werkelijk tot het incident geleid hebben. Of-poorten daarentegen geven aan welke oorzaken een bijdrage zouden hebben kunnen geleverd

aan het incident. Het verwijderen van één van de oorzaken die verbonden is met een enpoort is voldoende om de oorzaak die een laag hoger genoemd wordt te voorkomen. Ofpoorten dienen enkel gebruikt te worden om een volledig beeld te krijgen van het ontstaan van het incident. Alleen de oorzaken die werkelijk tot het incident hebben geleid, zouden geïdentificeerd en geclassificeerd moeten worden (van der Schaaf & Habraken, 2005).



Figuur 5: van der Schaaf, T.W., & Habraken, M.M.P. PRISMA methode – Medische versie – Een korte omschrijving (2005).

4. Classificatie

In stap vier worden de oorzaken, zoals geïdentificeerd in stap drie, geclassificeerd. Hierbij gaat de keuze gemaakt moeten worden tussen het classificeren van alle mogelijke oorzaken of enkel de kernoorzaken. Zowel de technische, organisatorische als menselijke oorzaken dienen geclassificeerd te worden. Hierbij kan de organisatie ook weer vooraf een systematische manier van classificeren bepalen. Belangrijk is dat er een databank wordt opgebouwd voor de verzameling van alle oorzaken. Deze kan nuttig zijn voor het oplossen of voorkomen van toekomstige problemen. Een duidelijke taxonomie kan heel erg praktisch zijn in deze stap. Op deze manier kan sneller een link gelegd worden met andere incidenten die zich hebben voorgedaan en kunnen databanken onderling vergeleken worden (van der Schaaf, Lucas, & Hale, 1991).

De oorzaken die naar voor zijn gekomen uit stap drie kunnen geclassificeerd worden aan de hand van het Eindhoven Classificatie Model. Dit classificatiemodel brengt alle oorzaken van het incident onder in vooropgestelde rubrieken. Er is een aangepast Eindhoven Classificatie Model ontwikkeld specifiek gericht op de medische sector. In het classificatiemodel wordt eerst onderzocht of de oorzaken te wijten zouden kunnen zijn aan technische aspecten. Vervolgens worden de organisatie en het management onderzocht om te kijken of deze optimaal functioneerden, om zo tot slot pas te besluiten dat de oorzaak van menselijke aard was. Deze aanpak heeft men ingevoerd omdat vaak vergeten wordt dat menselijke fouten het gevolg zijn van slechte werkomstandigheden of een niet-optimaal functionerend management. Op deze manier worden alle mogelijke oorzaken in een welbepaalde klasse ondergebracht. In bijlage 2 wordt het Eindhoven Classificatie Model, specifiek voor de medische sector, weergegeven (van der Schaaf & Habraken, 2005).

De FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu heeft via haar website ook een taxonomie ter beschikking gesteld die alle ziekenhuizen kunnen gebruiken tijdens de classificatiefase. Deze taxonomie is gebaseerd op de International Classification for Patient Safety van de WHO. Ziekenhuizen die zich aansluiten bij het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid' van de overheid, zullen in de toekomst verplicht worden om deze taxonomie toe te passen (FOD Volksgezondheid, 2010).

5. Database analyse

Belangrijk is dat ziekenhuizen databanken aanleggen van alle incidenten en near misses die zich voorgedaan hebben met bijhorende oorzaken. Dit kan heel erg nuttig zijn voor toekomstige situaties. Er kunnen statistische analyses van de databanken uitgevoerd worden om zo eventuele patronen in incidenten te ontdekken (van der Schaaf, Lucas, & Hale, 1991). Op deze manier kan men bijvoorbeeld frequenties opstellen van het aantal keren dat een welbepaalde fout zich heeft voorgedaan binnen een bepaalde tijdsperiode. Verder kan men ook op zoek gaan naar correlaties of eventueel zelfs risicoanalyses uitvoeren. Er zijn verschillende statistische bewerkingen mogelijk met de gegevens uit de databank die nuttige informatie kunnen opleveren en die ziekenhuizen kunnen uitvoeren naar eigen noden (WHO, 2005).

6. Maatregelen

Eens de oorzaken geïdentificeerd zijn en de databank aangelegd is, zou een mechanisme mogelijke preventieve en corrigerende maatregelen moeten voorstellen om de fout of near miss op te lossen of te voorkomen. Op basis hiervan kan het management interventies verrichten rekening houdend met de tijd en kosten die aan de interventie verbonden zijn. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen het steeds nemen van ad hoc maatregelen na elk voorval of het inbouwen van een structurele aanpak. Het inbouwen van een structurele aanpak zal financieel goedkoper zijn dan steeds ad hoc oplossingen te zoeken na ieder incident afzonderlijk. Bij deze stap kan er gebruik gemaakt worden van de Classificatie/Actie Matrix, welke voor elke oorzakencategorie zoals bepaald in stap vier via het Eindhoven Classificatie Model, ondersteuning biedt voor het bepalen van de meest effectieve verbetermaatregel. In bijlage 3 kan de Classificatie/Actie Matrix teruggevonden worden (van der Schaaf & Habraken, 2005).

7. Evaluatie

In de laatste stap wordt de effectiviteit van de doorgevoerde maatregelen gemeten om zo een feedback te vormen naar stap één. De effectiviteit kan onderzocht worden door te kijken naar de latere oorzakenprofielen nadat verbetermaatregelen doorgevoerd zijn. Wanneer blijkt dat dezelfde oorzaak steeds blijft terugkeren, kan geconcludeerd worden dat de doorgevoerde maatregel niet effectief blijkt. Op deze manier kan ook nagegaan

worden waar er nog aanpassingen nodig zijn, waar men is afgeweken van het vooropgestelde enzovoort. Deze laatste fase is van belang om de leercyclus te vervolledigen (van der Schaaf, Lucas, & Hale, 1991).

3.3 WHO Draft Guidelines for Adverse Event and Learning Systems

De Wereldgezondheidsorganisatie besteedt veel aandacht aan patiëntveiligheid alsook specifiek aan incident-meldingssystemen voor ziekenhuizen. In 2005 stelde de WHO Patient Safety groep de WHO Draft Guidelines for Adverse Event and Learning Systems voor. Hierin wordt het belang van incident-meldingssystemen met betrekking tot patiëntveiligheid duidelijk benadrukt. De WHO legt uit wat een meldsysteem precies is, hoe het opgesteld moet worden, aan welke voorwaarden een ideaal systeem zou moeten voldoen enzovoort. Er wordt voornamelijk de nadruk gelegd op het feit dat de intentie van een meldsysteem moet bestaan uit het rapporteren van fouten en near misses met als doel hieruit te leren. Verder wordt binnen het rapport een model omtrent de opbouw van meldsystemen voorgesteld.

Het doel van incident-meldingssystemen bestaat er hoofdzakelijk in dat men gaat leren van ervaringen uit het verleden. Het systeem gebruikt de resultaten uit de data-analyse om zo verbeteringen voor veranderingen in het zorgproces te formuleren. Belangrijk is dat men beseft dat rapporteren zelf niet tot een verbetering van de patiëntveiligheid zal leiden. Wanneer een fout of near miss gemeld wordt, moet een uitgebreid onderzoek volgen naar de oorzaken van het voorval en op die manier worden aanbevelingen geformuleerd ter voorkoming van het voorval (WHO, 2005).

3.3.1 Fases van incident-meldingssystemen

Incident-meldingssystemen kunnen op verschillende manieren opgebouwd worden. Het doel van het meldsysteem bepaalt in grote mate het ontwerp. Essentieel is dat vooraf drie elementen duidelijk worden vastgelegd: wie rapporteert, wat gerapporteerd wordt en hoe men rapporteert. Het vastleggen van deze drie elementen gebeurt in de procesfase. Bij de beslissing in verband met wat er gerapporteerd wordt, moet men de keuze maken om ofwel enkel specifieke incidenten of near misses te melden, bijvoorbeeld prikongevallen, ofwel om van alle incidenten melding te maken. Wanneer

men zich gaat richten op specifieke incidenten gaat men niet zozeer nieuwe zwakheden in het systeem ontdekken, maar wel gaat men het specifieke domein dieper bestuderen en zo meer kennis ontwikkelen. Ook op welke manier meldingen verlopen verschilt van systeem tot systeem. Men kan een melding doen door vooraf opgestelde formulieren in te vullen of op basis van free-text, waarbij de melder in eigen woorden het voorval beschrijft. Verder kan de melding verlopen via verschillende media zoals e-mail, telefoon, internet enzovoort. In laatste instantie moet bepaald worden wie gaat rapporteren. Hierbij kunnen uiteenlopende partijen aan bod komen zoals artsen, chirurgen, specialisten, verpleegkundigen enzovoort. Ook de patiënt zelf of familieleden van de patiënt kunnen melding doen van een incident of een near miss. De rol van de patiënt bij het melden van incidenten wordt nog steeds onderschat. Patiënten kunnen in staat zijn om incidenten te identificeren voor er werkelijk schade berokkend wordt. Wanneer dit het geval is, kan ingegrepen worden voor het werkelijk fout loopt (WHO, 2005).

Nadat deze procesfase achter de rug is, volgt de classificatiefase. Classificatie van de meldingen vormt de eerste stap bij het analyseren van de gegevens. Er bestaan heel erg uiteenlopende systemen om incidenten te classificeren, dit noemt men taxonomieën (WHO, 2005). De WHO streeft ernaar om een eenduidige taxonomie in verband met patiëntveiligheid op te stellen, om de uitwisseling van gegevens over verschillende systemen heen te vergemakkelijken. De 'International Classification for Patient Safety' van de WHO heeft als doel het definiëren, harmoniseren en samenbrengen van patiëntveiligheidsconcepten in een internationale classificatie. De classificatie is consistent doch aanpasbaar over het hele spectrum van de gezondheidszorg en dit over culturen en talen heen (WHO, 2009). In België heeft de federale overheidsdienst volksgezondheid recent via haar website ook een taxonomie, gebaseerd op de WHO taxonomie, ter beschikking gesteld. Alle ziekenhuizen worden aangemoedigd om deze taxonomie te gebruiken bij het classificeren van meldingen (FOD Volksgezondheid, 2007).

Wanneer de classificatie achter de rug is, komt het werkelijk analyseren van de gegevens aan bod. Het analyseren van de gegevens kan verlopen via uiteenlopende manieren afhankelijk van de gewenste uitkomst. Uit de analyse zouden op een basisniveau de nieuwe en onverwachte risico's van het proces naar voren gebracht moeten worden. Gegevens bekijken over een bepaalde tijdsperiode heen, een zogenaamde trendanalyse, kan nuttige informatie opleveren in verband met de evolutie van bepaalde gebeurtenissen. Zo kan men onder andere nagaan of ingevoerde verbetermaatregelen

werkelijk effectief blijken of verdere aanpassing vereist is. Wanneer men wil nagaan of er een verband bestaat tussen meerdere variabelen, kan men gebruik maken van een correlatieanalyse. Ook het proberen te berekenen van de kans op het voordoen van een welbepaald incident kan heel erg nuttige informatie opleveren voor de toekomst. Dit zijn maar enkele voorbeelden van het toepassen van de analysefase, ziekenhuizen kunnen naar eigen noden de gegevens analyseren op aangepaste manieren. Belangrijk is dat het analyseren van de gegevens gebeurt door experts die kennis van zaken hebben (WHO, 2005).

3.4 Kenmerken van incident-meldingssystemen

Volgens de WHO voldoet een succesvol meldsysteem aan de volgende basisprincipes:

- Het systeem moet in staat zijn om informatie omtrent risico's en aanbevelingen voor veranderingen te verspreiden.
- Het rapporteren moet veilig zijn voor de melder.
- Het rapporteren moet leiden tot een constructieve reactie.
- Er moet voldoende aanwezigheid zijn van expertise en financiële middelen om de analysefase tot een goed einde te brengen.

Ten eerste moet de fundamentele rol van een meldsysteem bestaan in het verbeteren van patiëntveiligheid en dit door te leren van fouten in het zorgsysteem. Het meldsysteem moet in staat zijn om de informatie die ze ontvangt omtrent risico's en aanbevelingen voor veranderingen te verspreiden. Wanneer het meldsysteem niet in staat is dit te doen, loopt het zijn fundamentele doel mis namelijk het leren van meldingen. Vervolgens moet rapporteren veilig gebeuren, dit wil zeggen dat mensen die melding maken van een fout of near miss niet gesanctioneerd mogen worden. Wanneer mensen het gevoel hebben dat de melding gevolgen kan hebben voor zichzelf of anderen, zullen ze minder snel de neiging hebben om werkelijk te melden. Een derde principe is dat rapporteren enkel nuttig is wanneer het leidt tot een constructieve reactie. Hier gaat het in de eerste plaats om feedback vanuit de data-analyse en in het ideale geval bevat het aanbevelingen voor het verbeteren van het zorgproces. Een laatste basisprincipe bestaat erin dat er nood is aan menselijke en financiële bronnen om het meldproces te laten verlopen. Enkel wanneer er voldoende bronnen aanwezig zijn, zal

het meldsysteem werkelijk tot zijn recht komen en de patiëntveiligheid zichtbaar verbeteren (WHO, 2005).

Vervolgens identificeert de WHO zeven kenmerken van een succesvol meldsysteem die in verschillende wetenschappelijke onderzoeken naar voren komen. Deze kenmerken worden in tabel 1 opgelijst.

Tabel 1: WHO. Draft Guidelines for Adverse Event Reporting (2005).

Kenmerken van een succesvol incident-meldingssysteem	
Niet-bestraftend	Noch de melder, noch anderen betrokken bij het incident mogen gestraft worden ten gevolge van de melding.
Vertrouwelijk	Identificatiegegevens van de patiënt, melder of anderen worden niet bekend gemaakt aan derden.
Onafhankelijk	Het meldsysteem is onafhankelijk van elke partij die de macht heeft om de melder of het ziekenhuis te straffen.
Expertanalyse	Rapporten worden geëvalueerd door experts met kennis van zaken.
Tijdig	Meldingen worden zonder uitstel geanalyseerd en aanbevelingen worden zo snel mogelijk verspreid.
Systeem georiënteerd	Aanbevelingen concentreren zich op veranderingen in het proces, systeem of producten en niet op individuele prestaties.
Responsief	Het systeem moet in staat zijn om effectieve aanbevelingen te doen en te verspreiden.

Het meest fundamentele kenmerk van een succesvol incident-meldingssysteem is dat het niet bestraffend mag zijn voor de melder of voor anderen die bij het rapport betrokken zijn. Wanneer mensen de kans lopen om gestraft te worden, zullen ze steeds proberen om hun fouten te verbergen en loopt het aantal meldingen sterk terug. Een mogelijke manier om ervoor te zorgen dat de melder niet gestraft kan worden, is door de melding anoniem te laten verlopen (WHO, 2005). Toch wordt anoniem melden niet steeds als positief beschouwd. O'Leary en Chappell (1996) stellen dat er aan anoniem melden ook nadelen vasthangen. Zo kan men de melder nadien niet meer contacteren voor verdere informatie wanneer de melding niet helemaal duidelijk beschrijft wat er gebeurd is. Wanneer een expert de beschrijving van het incident voor zijn rekening neemt, kan men ook niet verifiëren bij de melder of de beschrijving correct is. Verder stellen O'Leary en Chappell dat anonimiteit kan leiden tot onbetrouwbare meldingen en dat in sommige gevallen anonimiteit moeilijk te garanderen is.

Vertrouwelijkheid is het tweede kenmerk van een succesvol meldsysteem. De identiteit van de betrokken partijen mag niet aan derden bekend gemaakt worden. Dit hangt voor een deel samen met het eerste kenmerk. Wanneer de gegevens niet bekend gemaakt worden, kan er ook niemand gestraft worden. Samenhangend met de vorige twee kenmerken, moet het meldsysteem ook onafhankelijk zijn van elke partij die de macht heeft om de melder of het ziekenhuis te straffen. Leren van een meldsysteem kan alleen wanneer de meldingen voldoende onderzocht en geanalyseerd worden. Expert analyse door mensen die kennis hebben van de ziekenhuissector en opgeleid zijn om onderliggende oorzaken te herkennen, is essentieel voor de optimale werking van een meldsysteem. Heel vaak wordt de fout begaan dat incidenten wel gemeld worden, maar dat er nadien niets meer gebeurt waardoor er ook geen leerproces tot stand kan komen. Het vijfde kenmerk is tijdigheid. Meldingen moeten zonder uitstel geanalyseerd worden en aanbevelingen moeten zo snel mogelijk verspreid worden. Aanbevelingen moeten zich concentreren op veranderingen in systemen, processen of producten, in plaats van te focussen op een individueel niveau. De achterliggende reden hiervoor is dat ervan uitgegaan wordt dat zelfs de meest voor de hand liggende menselijke fout het gevolg is van een systeemprobleem en zich opnieuw zal voordoen wanneer het systeemprobleem niet opgelost wordt. Tot slot moet het systeem responsief zijn om een verbetering van de patiëntveiligheid teweeg te kunnen brengen. Dit wil zeggen dat het noodzakelijk geacht wordt dat er effectieve aanbevelingen gedaan worden aan de hand van de meldingen en dat deze aanbevelingen ook verspreid worden (WHO, 2005).

Ook in andere wetenschappelijke studies komen deze kenmerken steeds terug, zoals onder meer in een studie uit 2002 van Lucian Leape. Verder verklaart een recent onderzoek uitgevoerd door Karsh, Hamilton Escoto, Beasley en Holden (2006) dat een meldsysteem ook flexibel moet zijn onder andere in termen van anonimiteit en rapportagemedium. Tot slot merkt men in het onderzoek op dat een meldsysteem beter zal functioneren wanneer het gemakkelijk in gebruik is, zorgt voor een continue feedback en werkt met intermediaire personen zoals consultants.

3.4.1 Meldbarrières en incentives

Incident-meldingssystemen zullen nooit optimaal werken, zelfs niet wanneer het meldsysteem voldoet aan alle kenmerken van een ideaal incident-meldingssysteem. Het is een utopie te geloven dat elk incident gemeld zal worden aan het systeem. Er zijn verschillende redenen die kunnen leiden tot onderrapportage. Volgens Barach & Small (2000) zijn de belangrijkste barrières die het melden tegenhouden de bestaande organisatiecultuur die in het ziekenhuis aanwezig is, het ontstaan van extra werk, een gebrek aan vertrouwen in het meldsysteem en angst voor sancties. Wanneer er een zogenaamde 'culture of blame' aanwezig is in het ziekenhuis, zal het personeel niet gemotiveerd zijn om incidenten te melden en uit angst voor sancties dit ook zo weinig mogelijk doen. Een culture of blame is een cultuur waarin de focus niet ligt op het leren van fouten, maar wel op het aanwijzen van schuldigen en het sanctioneren ten gevolgen van fouten. Ook een onderzoek uitgevoerd door Karsh, Hamilton Escoto, Beasley en Holden in 2006 vermeldt extra werk als een belangrijke meldbarrière. De respondenten van dit onderzoek gingen ervan uit dat incidenten zich voornamelijk voordoen op drukke dagen en dat extra werk bovenop de bestaande drukte de meldbereidheid zou verminderen. De lengte van het meldformulier dat ingevuld moet worden na een incident zou volgens het onderzoek ook een mogelijke barrière kunnen vormen. Wanneer het meldformulier pagina's lang is, zal het personeel minder snel melding doen van een incident. Deze factor hangt samen met het ontstaan van extra werk. Angst voor mogelijke sancties ten gevolge van de melding komt in dit onderzoek eveneens als barrière naar voren. De respondenten stellen dat wanneer er een kans bestaat dat ze gestraft zullen worden, er geen enkele reden meer is om toch een melding te doen. Een laatste mogelijke barrière die uit het onderzoek naar voren komt, is het rapporteren van near misses. Er wordt gesteld dat wanneer een incident geen schade met zich mee brengt, een melding hoogstwaarschijnlijk achterwege zal blijven.

Volgens Cohen (2000) kunnen meldbarrières opgesplitst worden in 3 categorieën: angst voor individuele of organisatorische gevolgen, het idee dat de gemelde fout een maatstaf zou kunnen zijn van de competenties van de melder en een potentiële uitkomst van de gerapporteerde meldingen aan wettelijke machten. Cohen stelt dat deze problemen grotendeels kunnen opgelost worden door een betere bescherming te bieden voor de melder en een niet-bestaaffende ziekenhuiscultuur op te bouwen.

Aan de andere kant zijn er ook elementen die er net voor zorgen dat de meldbereidheid verhoogd wordt. Een belangrijke meld-incentive is het bestaan van een feedbackmechanisme. Op deze manier kunnen de mensen die een melding gedaan hebben op de hoogte blijven van de vooruitgang die geboekt wordt of de frequentie van het voordoen van bepaalde incidenten. Een andere incentive is een verplicht meldsysteem. Volgens de respondenten van een onderzoek, uitgevoerd in 2006 door Karsh, Hamilton Escoto, Beasley en Holden, zal een meldsysteem zijn gewenste doel niet snel bereiken wanneer het vrijwillig opgesteld is. Zij stellen dat op drukke dagen mensen niet snel geneigd zullen zijn om tussendoor ook nog eens een vrijwillige incident melding te doen. Financiële incentives worden ook naar voren gebracht als mogelijke motivatie. Wel wordt er vermeld dat financiële incentives ook negatieve reacties kunnen uitlokken. Mensen zouden valse meldingen kunnen doen enkel omwille van de financiële beloning die eraan vast hangt waardoor de meldingen minder betrouwbaar zouden kunnen zijn (Karsh, Hamilton Escoto, Beasley, & Holden, 2006).

De belangrijkste meldbarrières en incentives worden in tabel 2 samengevat.

Tabel 2: Barrières en incentives voor incidenten melden.

Barrières en incentives voor incidenten melden	
<u>Barrières</u>	<u>Incentives</u>
Bestaande organisatiecultuur / culture of blame	Feedbackmechanisme
Ontstaan van extra werk	Verplicht meldsysteem
Gebrek aan vertrouwen in het meldsysteem / angst voor sancties	Financiële incentives
Lengte meldformulier	
Melden van near misses	

3.4.2 Het belang van near misses

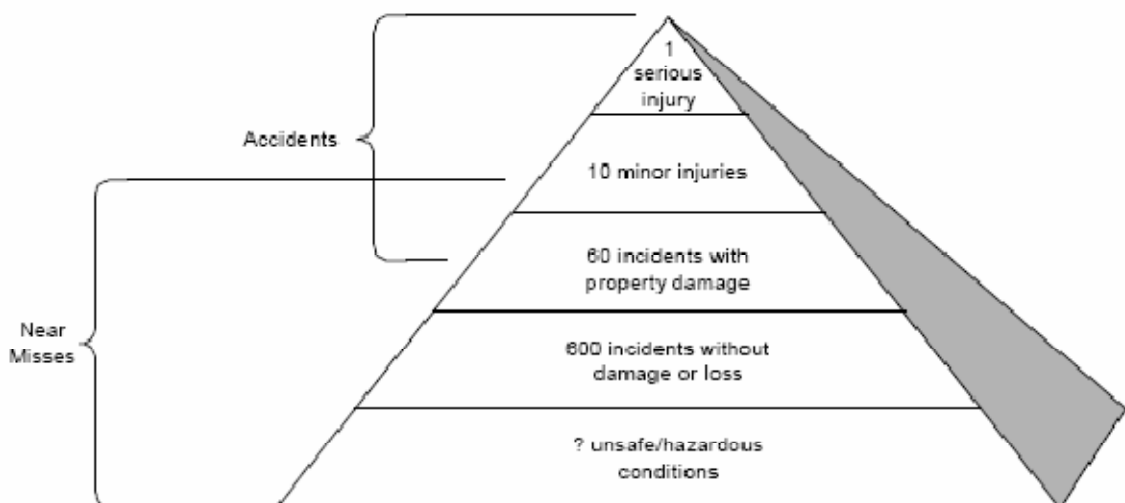
Near misses of bijna-incidenten zijn onbedoelde gebeurtenissen die a) voor de patiënt geen nadelen opleveren omdat de gevolgen ervan op tijd zijn onderkend en gecorrigeerd (near miss), of b) waarvan de gevolgen niet van invloed zijn op het fysiek, psychisch of sociaal functioneren van de patiënt (Wagner & Van der Wal, 2005).

Veel vaker loopt er iets bijna fout dan dat er zich werkelijk een schadegeval voordoet. Near misses kunnen beschouwd worden als voorspellers van werkelijke fouten. Onder meer omwille van die reden is het van groot belang dat men bij incidentmeldingssystemen ook rekening houdt met het melden van near misses. Het analyseren van near misses creëert opportuniteiten om zowel te leren van de zwaktes in het gezondheidszorgsysteem alsook te leren van manieren waarop het systeem in staat is om zich te herstellen van een risicovolle situatie (IOM, 2001).

Mensen zullen sneller bereid zijn near misses te melden dan werkelijke schadegevallen. In het geval van een near miss is er immers geen schade bij de patiënt opgetreden en loopt de melder geen risico op sancties of dergelijke. Hierdoor zal hij sneller meldingen

doen dan wanneer hij wel het risico loopt op straf en er wel degelijk schade berokkend is aan de patiënt (Barach & Small, 2000).

De piramide van figuur 6 toont de verhouding tussen near misses en werkelijke incidenten aan. Incidenten die helemaal bovenaan de piramide staan, zijn incidenten die ernstige schade tot gevolg hebben. Naarmate men de basis van de driehoek nadert, vermindert de schade of wordt deze zelfs volledig geëlimineerd. Near misses worden in de piramide voornamelijk weergegeven door het onderste deel. Near misses zijn minder zichtbaar dan werkelijke incidenten en hebben geen onmiddellijke invloed op de individuen of de processen omwille van tijdig ingrijpen. De piramide toont aan dat er voor elk ernstig incident zich ongeveer 600 near misses voordoen (Bird & Germain, 1996).



Figuur 6: Bird, F.G., & Germain, E.L. Practical Loss Control Leadership (1996).

Er kunnen drie redenen aangehaald worden waarom men zich niet enkel zou moeten focussen op het melden van incidenten, maar ook op het melden van near misses. In de eerste plaats kan door het melden van near misses het kwalitatieve inzicht vergroot worden door te onderzoeken hoe kleine fouten kunnen leiden tot near misses of incidenten. Op deze manier kunnen de potentiële factoren die leiden tot fouten of die zorgen voor een succesvol herstel van een risicovolle situatie geïdentificeerd worden. Vervolgens kan het kwantitatieve inzicht vergroot worden. Doordat men een database

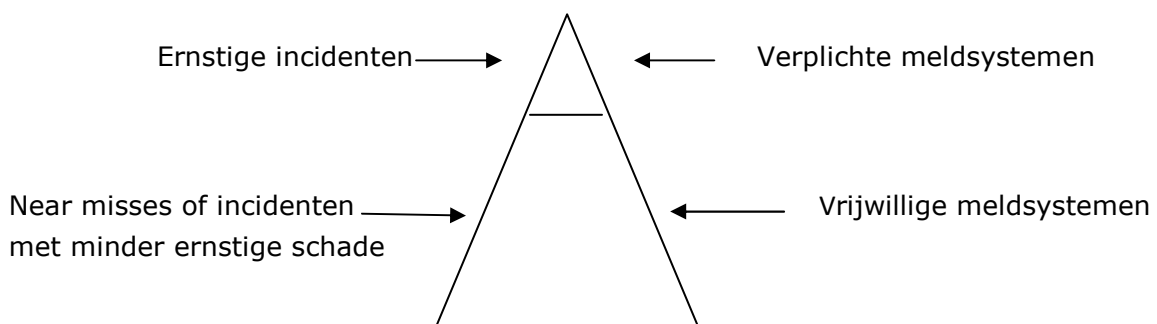
gaat aanleggen van de onderliggende basisoorzaken van een groot aantal near misses krijgt men inzicht in de relatieve verdeling van de faal- en herstelfactoren. Het is mogelijk dat werkelijke fouten te weinig voorkomen om een goede database aan te leggen, near misses kunnen hier een oplossing voor betekenen. Tot slot gaat door het melden van near misses een bepaald niveau van alertheid behouden worden. Dit is voornamelijk van belang wanneer het aantal werkelijke incidenten binnen een organisatie laag is. Wanneer er zich enige tijd geen incident voorgedaan heeft, kan het personeel veiligheid als vanzelfsprekend gaan beschouwen. Op deze manier gaat men stap voor stap de veiligheidsgerelateerde gewoontes en gedragingen naar de achtergrond verdringen. Men krijgt onterecht het gevoel dat een incident in de huidige omgeving niet kan voorkomen. Door zich ook te focussen op near misses, beseft men dat het even vaak wel mis had kunnen lopen en gaat men meer aandacht schenken aan de veiligheidsregels (IOM, 2000).

Uiteraard hangen er ook nadelen vast aan het melden van near misses. Het aantal meldingen dat gedaan wordt, geeft meer informatie over de bereidheid tot melden dan over de aanwezigheid van werkelijke risico's. Ook moet er rekening gehouden worden met het feit dat een meldsysteem dat ook near misses meldt op zichzelf niet voldoende is om patiëntveiligheid te garanderen (Pronk, 2004).

3.4.3 Vrijwillige of verplichte meldsystemen

Het Institute of Medicine (2000) erkent dat er nood is aan zowel verplichte als vrijwillige meldsystemen. Verplichte meldsystemen worden vaak opgelegd door de overheid en streven drie doelen na. Allereerst wil men de maatschappij een minimaal niveau van bescherming bieden door de mensen te verzekeren dat de meest ernstige incidenten gemeld zullen worden. Deze fouten zullen dan geanalyseerd en onderzocht worden waarna geschikte verbetermaatregelen tot stand zullen komen. Ten tweede zorgen verplichte meldsystemen ervoor dat organisaties binnen de gezondheidssector aandacht zullen blijven schenken aan patiëntveiligheid. Tot slot brengt de invoer van een verplicht meldsysteem investeringen in patiëntveiligheid met zich mee. Naast deze verplichte systemen zouden volgens het Institute of Medicine [IOM] parallel ook vrijwillige meldsystemen moeten bestaan. Hierin zouden de incidenten gemeld moeten worden die geen of minimale schade tot gevolg hebben. Deze rapporten worden meestal in vertrouwen afgehandeld zonder publieke bekendmaking.

Door middel van de driehoek op figuur 7 wordt duidelijk dat potentiële incidenten in twee categorieën opgesplitst kunnen worden. Enerzijds zijn er incidenten die leiden tot ernstige schade of overlijden, dit komt overeen met de top van de driehoek. Anderzijds zijn er incidenten die geen of minder ernstige schade tot gevolg hebben, dit wordt weergegeven door de onderkant van de driehoek. Deze incidenten dienen als waarschuwing voor de toekomst. Aan de hand van figuur 7 kan waargenomen worden dat de meeste incidenten resulteren in zeer weinig of geen schade. Het is slechts een kleine minderheid van incidenten die ernstige gevolgen met zich mee brengen.



Figuur 7: IOM. To err is human: building a safer health system (2000).

Wanneer er zich fouten voordoen die ernstige gevolgen hebben zoals ernstig letsel of overlijden zou men deze, volgens het IOM, verplicht moeten melden aan een systeem onder de hoede van de overheid. Andere incidenten die tot minder ernstige schade hebben geleid, zou men moeten melden aan vrijwillige meldsystemen die binnen een organisatie zelf opgezet kunnen worden (IOM, 2000).

Volgens Cohen (2000) hebben vrijwillige meldsystemen enkele voordelen ten opzichte van verplichte systemen. Zo zorgen vrijwillige meldsystemen ervoor dat zorgverleners hun volledige verhaal kunnen vertellen zonder dat ze moeten vrezen voor sancties. De gegevens die op deze manier vrijkomen, bevatten veel meer informatie die noodzakelijk is om de omstandigheden waarin het incident heeft plaatsgevonden te begrijpen. Wanneer men mensen gaat verplichten om bepaalde zaken te melden, zullen deze veel meer oppervlakkige informatie geven aangezien ze voornamelijk bezorgd zijn om zichzelf te beschermen en te voldoen aan de verplichte richtlijnen. Het doel van hun rapporteren bestaat er in veel mindere mate in om ervoor te zorgen dat andere niet dezelfde fout

begaan. Vrijwillige meldsystemen zorgen ervoor dat personen sneller geneigd zijn om risicovolle situaties die niet geresulteerd hebben in schade te melden. Vaak is het zo dat verplichte meldsystemen er voornamelijk op gericht zijn om de 'slechte' zorgverleners te identificeren en te sanctioneren. De focus ligt op de fout en de persoon achter de fout en niet zozeer op het herstellen en voorkomen van de fout in de toekomst.

3.4.4 Het belang van een veiligheidscultuur

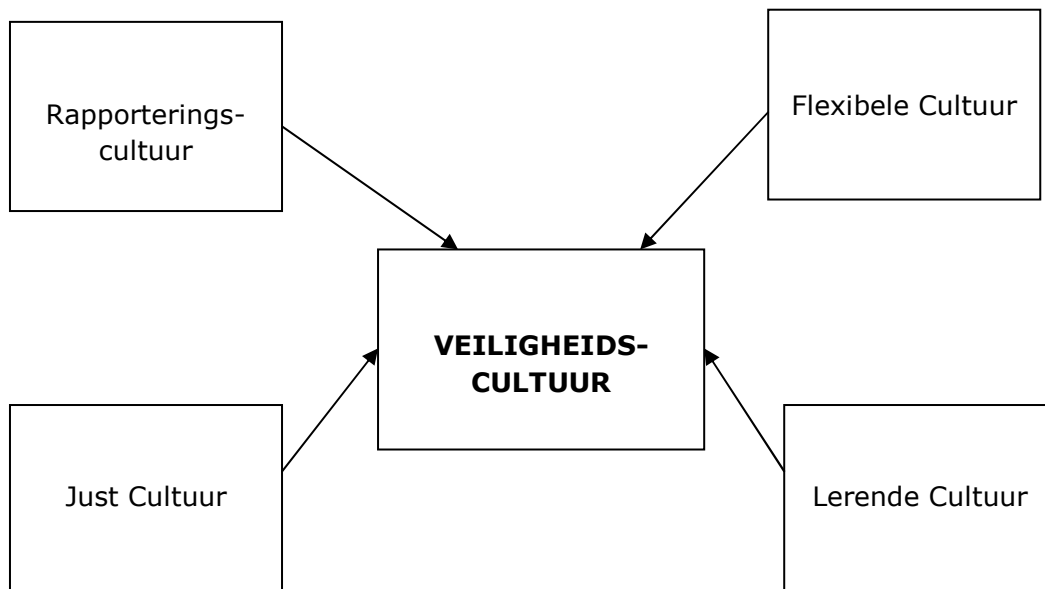
Een belangrijke barrière die het rapporteren bemoeilijkt, is een zogenaamde culture of blame. Individuen zullen niet openlijk praten over hun ervaringen of fouten wanneer ze verwachten dat ze verantwoordelijk gesteld zullen worden voor de begane fout en het risico lopen om eventueel gesanctioneerd te worden (Waring, 2005).

Wanneer er een culture of blame heerst binnen een ziekenhuis, moedigt deze cultuur het personeel net zelf aan om fouten te verzwijgen of te verbergen. Wanneer er een fout gemeld wordt, is de kans dat er sancties opgelegd worden groot. Personeel kan overgeplaatst worden naar een andere dienst of verplicht worden een opleiding te volgen. De ergste sancties voor artsen en verpleegkundigen zijn meestal zelf geïnduceerd, namelijk schaamte en schuldgevoel. De verwachting om steeds perfect te handelen is sterk ingeburgerd binnen de gezondheidssector. Het idee wordt in eerste instantie aangeleerd tijdens de opleiding maar komt in de praktijkervaring elke dag terug. Mede omwille van deze reden zullen artsen en verpleegkundigen fouten niet snel toegeven. Ze zullen niet snel de neiging hebben om fouten die ze kunnen verbergen te melden (Leape, 2000).

De cultuur die in het ziekenhuis heerst, is van groot belang voor het optimaal functioneren van een meldsysteem. Het is de taak van het management om ervoor te zorgen dat er een 'no-blame/blame-fair/just culture' ontstaat waarbij mensen aangemoedigd worden om fouten te melden en geen angst hebben voor eventuele sancties. Het doel bestaat erin te leren uit de gemaakte fouten om deze in de toekomst te vermijden en niet om degene die de fout gemaakt heeft te bestraffen. Anderzijds moet het management een continue ondersteuning bieden aan het meldsysteem. Ze moet ervoor zorgen dat de personen die de meldingen moeten doen, voldoende voorlichting krijgen en het doel en nut van de meldsystemen voldoende begrijpen (van der Schaaf, Lucas, & Hale, 1991).

Volgens Vleugels (2005) kent een veiligheidscultuur twee belangrijke aspecten. Eerst en vooral gaat het om een cultuur die aanvaardt dat instellingen en zorgverstrekkers fouten kunnen maken. Vervolgens gaat het eveneens om een cultuur van openheid en transparantie die het voor de organisatie en de individuen die in de organisatie werken mogelijk maakt uit fouten te leren om de herhaling ervan in de toekomst te voorkomen.

James Reason merkte reeds in 1997 op dat een veiligheidscultuur bestaat uit vier componenten, zijnde: een flexibele cultuur, een lerende cultuur, een just culture en een rapporteringscultuur. Figuur 8 geeft een overzicht van de componenten van een veiligheidscultuur.



Figuur 8: Reason, J. Managing the Risk of Organisational Accidents (1997).

Een flexibele cultuur wijst op het belang van het aanpassingsvermogen van de organisatie. Een organisatie die voorbereid is op onvoorziene omstandigheden kent een grote mate van flexibiliteit om op deze manier in te spelen op de nieuwe situatie. Deze flexibiliteit wordt voornamelijk bepaald door de vaardigheden en ervaringen van het personeel. Een tweede component die volgens Reason van belang is voor de veiligheidscultuur, is dat men een lerende cultuur ontwikkelt. Dit wil zeggen dat men de noodzakelijke competenties heeft en bereid is om nieuwe informatie te gebruiken en men hieruit de juiste conclusies kan trekken. Deze cultuur vraagt dat men de wil heeft om

grote hervormingen door te voeren wanneer dit nodig blijkt te zijn. Er mag geen statische cultuur gecreëerd worden. De 'just culture' wijst op het belang van de creatie van een sfeer van vertrouwen waarin mensen aangemoedigd, of zelfs beloond, worden om essentiële veiligheidsinformatie te verschaffen. De just culture stelt ook dat er duidelijk moet bepaald worden waar de grens ligt tussen aanvaardbaar en onaanvaardbaar gedrag. De laatste component van een veiligheidscultuur is een rapporteringscultuur. Dit wil zeggen dat er een klimaat moet ontwikkeld worden waarin mensen bereid zijn om hun fouten en near misses te melden (Reason, 1997).

Tot slot merkt Reason (1997) ook op dat er vijf factoren zijn die bepalend zijn voor het tot stand brengen van een goede meldcultuur:

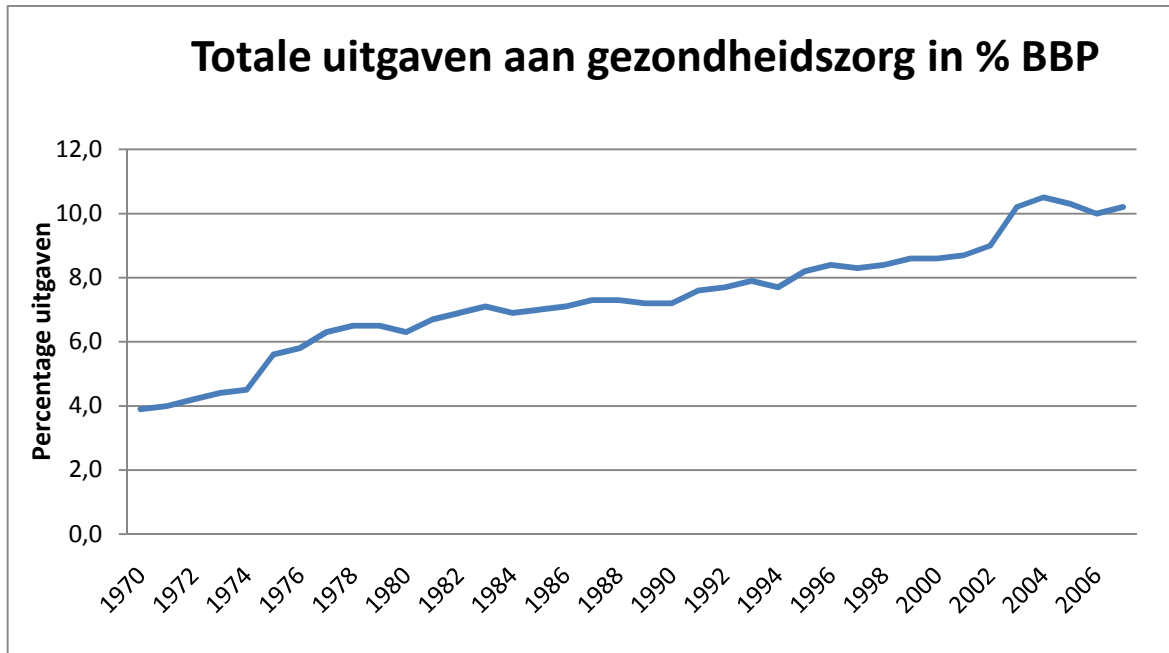
- Het melden moet gebeuren zonder risico op sancties.
- De meldingen moet vertrouwelijk behandeld worden.
- De meldcoördinator moet gescheiden functioneren van het management.
- Er moet een snelle feedback volgen op de meldingen.
- Het melden moet gemakkelijk kunnen gebeuren.

HOOFDSTUK IV: Kosten van gezondheidszorg

De kosten van gezondheidszorg spelen een belangrijke rol in het verhaal van patiëntveiligheid. De kosten van gezondheidszorg zijn ontzettend hoog in België en zullen de komende jaren blijven toenemen wanneer er geen acties ondernomen worden. Wanneer patiëntveiligheid verbetert, wil dit ook zeggen dat er minder patiënten het slachtoffer worden van medische fouten. Hierdoor zullen de kosten voor het behandelen van medische fouten en de kosten die hieruit resulteren verminderen. Hiertegenover staan natuurlijk de uitgaven die noodzakelijk zijn om patiëntveiligheid te verbeteren. Het is belangrijk dat niet enkel gekeken wordt naar de kenmerken van incident-meldingssystemen en wat deze kunnen betekenen voor ziekenhuizen, maar ook naar wat deze systemen de ziekenhuizen kosten. Omwille van het belang van de kosten van gezondheidszorg in België wordt er in dit hoofdstuk allereerst een beeld geschetst van de huidige stand van zaken aangaande deze kosten. Vervolgens wordt er ingegaan op de specifieke kosten van incident-meldingssystemen en systemen ter verbetering van patiëntveiligheid. Tot slot wordt er nagegaan welk nut een SWOT-analyse kan opleveren voor de gezondheidszorg.

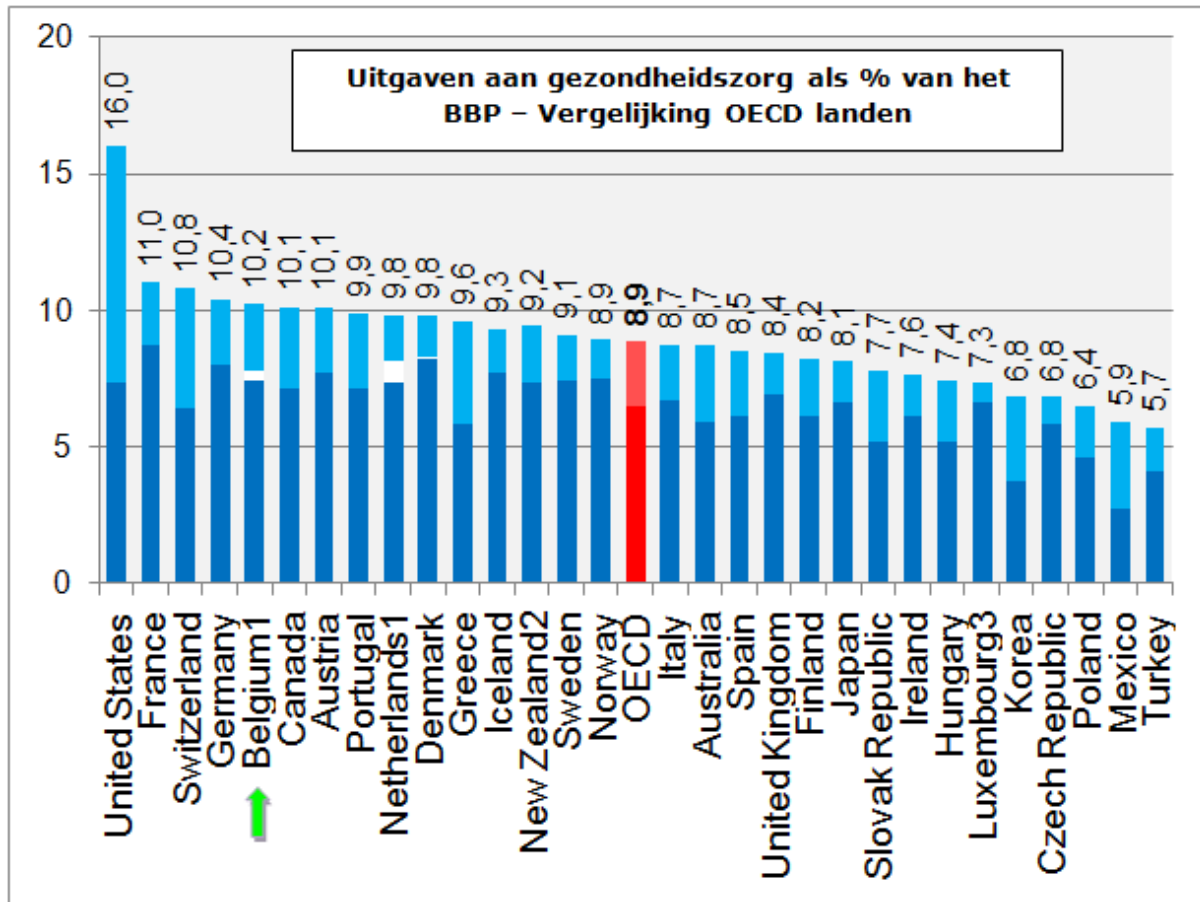
4.1 Kosten van gezondheidszorg in België

De kosten van gezondheidszorg zijn ontzettend hoog in België. In 2007 werd ongeveer 10,7% van het bruto binnenlands product uitgegeven aan gezondheidszorg. Wanneer je weet dat het BBP in 2007 voor België \$375,83 miljard bedroeg, komt dit overeen met een uitgave aan de gezondheidszorg in 2007 van \$37,583 miljard (OECD, 2009). Nog steeds blijft het percentage van het BBP dat uitgegeven wordt aan de gezondheidszorg stijgen. Zoals op figuur 9 afgelezen kan worden, werd in 1970 slechts 4% van ons BBP hieraan uitgegeven, maar over de jaren heen is dit percentage gestaag blijven stijgen. Omstreeks 1977 gaf België reeds 6% van het BBP uit aan gezondheidszorg en in 1995 bereikten we de kaap van 8%. Sedert 2003 geeft België meer dan een tiende van het BBP uit aan gezondheidszorg (OECD, 2009).



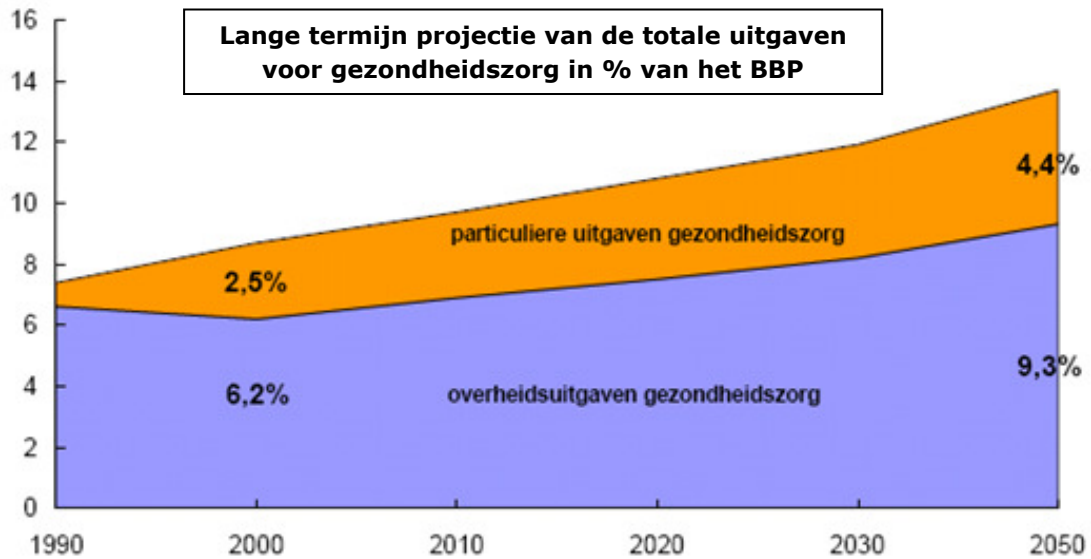
Figuur 9: OECD. Health Data 2009 (2009).

Zoals figuur 10 weergeeft, staat België op een vijfde plaats qua percentage uitgaven aan gezondheidszorg van alle landen die lid zijn van de Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. De OECD is een samenwerkingsverband van 30 landen die het sociaal en economisch beleid bestuderen en coördineren. Gemiddeld geven de lidstaten 8,9% van hun BBP uit aan gezondheidszorg, België lijkt het dus op het eerste zicht niet extreem slecht te doen. Op de eerste plaats bevindt zich Amerika, waar 16% van het BBP naar gezondheidszorg gaat. De percentages van de andere landen die in de top 5 terug te vinden zijn - Frankrijk, Zwitserland en Duitsland - liggen allemaal dicht bij het Belgische percentage. Het land dat het minste uitgeeft aan gezondheidszorg, is Turkije. Zij geven slechts 5,7% van hun BBP uit. Van de 30 landen die lid zijn van de OECD geven er 25 procentueel minder uit aan gezondheidszorg (OECD, 2009).



Figuur 10: OECD. OECD Health Data 2009 (2009).

Figuur 11 geeft een voorspelling weer van de gezondheidsuitgaven van België voor de komende 40 jaar en toont aan dat deze uitgaven zullen blijven stijgen. Het totale percentage van het BBP dat uitgegeven zal worden aan gezondheidszorg in 2050, wordt geschat op bijna 14%. Zowel de uitgaven van de overheid, als de particuliere uitgaven zullen blijven stijgen. Momenteel geeft de overheid ongeveer 7% uit en de particulieren circa 3%, tegen 2050 zal dat 9,3%, respectievelijk 4,5% zijn (Federaal Planbureau, 2002). Vaak is het zo dat de groei van de uitgaven aan gezondheidszorg sneller toeneemt dan de groei van het BBP (VBO, 2003).



Figuur 11: Federaal Planbureau. Verkenning van de financiële evolutie van de sociale zekerheid 2000-2050. De vergrijzing en de leefbaarheid van het wettelijk pensioensysteem (2002).

De bovenstaande cijfers tonen duidelijk aan dat het belangrijk is dat ons land zich concentreert op het kostenaspect van gezondheidszorg willen we alles financieerbaar houden. Er zijn reeds verschillende initiatieven genomen om deze kosten en de groei van deze kosten zoveel mogelijk in te perken. In het Stabiliteitsprogramma van België (2009-2012) kunnen initiatieven teruggevonden worden die de overheid neemt om de kosten onder controle te houden. Deze initiatieven zouden in 2010 een besparing moeten opleveren van €202 miljoen (FOD Budget en Beheerscontrole, 2010).

In 2002 werd al een belangrijke stap genomen om een goed toezicht te houden op de financiering van gezondheidszorg. Op 24 december 2002 werd via de Programmawet besloten om een Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg [KCE] op te richten. Het doel van deze instelling kan teruggevonden worden in artikel 262 van de programmawet: "Het Kenniscentrum heeft als doel het verzamelen en verschaffen van objectieve elementen vanuit de verwerking van geregistreerde gegevens en van gevalideerde gegevens, gezondheidseconomische analyses en alle andere informatiebronnen, om kwalitatief de realisatie van de beste gezondheidszorgen te ondersteunen en om een zo efficiënt en zo transparant mogelijke allocatie en aanwending van de beschikbare middelen van de verzekering geneeskundige verzorging door de bevoegde instanties toe te laten en dit rekening houdend met de toegankelijkheid van de zorgen voor de patiënt en met de doelstellingen van het volksgezondheidsbeleid en van de verzekering geneeskundige verzorging" (KCE, 2006).

De missie van het Kenniscentrum bestaat erin dat ze rapporten publiceert die de beleidsverantwoordelijken moeten helpen beslissingen te nemen die leiden tot een zo efficiënt mogelijke toewijzing van de beschikbare middelen ten einde kwalitatief de beste medische zorgen en een zo groot mogelijke toegankelijkheid te waarborgen (KCE, 2006).

Verder heeft de regering ook voorzien in heel wat mechanismen om te zorgen voor een individuele responsabilisering van verschillende actoren in de gezondheidssector. Zowel artsen, ziekenhuizen als patiënten zullen hun responsabilisering moeten verbeteren. Het federaal kenniscentrum voor gezondheidszorg heeft mede als taak om de mechanismen bedoeld voor deze responsabilisering te verfijnen (VBO, 2003).

Dit zijn slechts enkele initiatieven genomen door de overheid om de gezondheidszorg financierbaar te houden. Ook patiëntveiligheid kan hier een belangrijke rol spelen. Via het opstellen van manieren om patiëntveiligheid te verbeteren kan ervoor gezorgd worden dat de kosten van gezondheidszorg afnemen. Wanneer de patiëntveiligheid verbetert, brengt dit met zich mee dat er minder medische fouten zullen gebeuren met als gevolg minder gewonde of overleden patiënten. Een belangrijk gevolg hiervan is dat de kosten die ontstaan ten gevolge van deze gewonde of overleden patiënten verminderen. Hierbij kan gedacht worden aan een vermindering van ziektekosten, een vermindering van de verblijfsduur in het ziekenhuis, verminderde kosten voor de samenleving ten gevolge van arbeidsongeschiktheid, vermindering van de maatschappelijke kosten van het overlijden van een persoon enzovoort. Zoals reeds vermeld, is het opstellen van incident-meldingssystemen een mogelijke manier om patiëntveiligheid te verbeteren en dit alles te verwezenlijken. Toch moet er ook rekening gehouden worden met het feit dat deze systemen zelf kosten genereren.

4.2 Kosten van incident-meldingssystemen

Het opstellen van incident-meldingssystemen kan een effectieve manier zijn om de patiëntveiligheid te verbeteren en de kosten van ongevallen te reduceren. Wel moet men er rekening mee houden dat ook aan incident-meldingssystemen kosten vasthangen. Het implementeren en ontwikkelen van een meldsysteem brengt heel wat kosten met zich mee maar ook wanneer het systeem eenmaal in werking is getreden, blijft het kosten genereren.

In de literatuur wordt vaak vermeld dat in het algemeen bekeken incident-meldingssystemen minder kosten dan de opbrengsten die ze generen (Barach & Small, 2000). Toch is er slechts heel erg beperkte informatie omtrent de exacte kosten van een incident-meldingssysteem terug te vinden.

Een recente Japanse studie uitgevoerd in 2008 toont aan dat ziekenhuizen gemiddeld \$8,52 per verpleegdag uitgeven aan systemen ter verbetering van patiëntveiligheid. Hieronder worden onder andere incident-meldingssystemen, interne auditsystemen, meetings en conferenties gerekend. Het aantal verpleegdagen komt overeen met het aantal dagen dat een patiënt doorbrengt in een verpleeginrichting. Het implementeren van patiëntveiligheidsprogramma's door een ziekenhuis tussen 1999 en 2004, liet de totale ziekenhuiskosten gemiddeld stijgen met \$9,68 per patiënt per dag. De gemiddelde kosten voor het behouden van een incident-meldingssysteem bedroegen \$0,11 per verpleegdag. Ter vergelijking, de gemiddelde kosten ter behoud van de opleiding van het personeel, bedroegen \$0,29 per verpleegdag. Als percentage van de totale kosten die worden uitgegeven ter verbetering van patiëntveiligheid, kan gesteld worden dat 1,408% naar het behoud van incident-meldingssystemen gaat (Fukuda, Imanaka, Hirose, & Hayashida, 2008).

Het 'Aviation Safety Reporting System' ontwikkeld en geïmplementeerd door NASA in 1976 is een incident-meldingssysteem voor de luchtvaartindustrie waar piloten, controleurs en andere mensen vrijwillig incidenten in verband met de luchtvaart aan kunnen melden. Het Aviation Safety Reporting System [ASRS] verzamelt alle incidenten, analyseert ze en zorgt voor een constructieve feedback om op deze manier de waarschijnlijkheid van luchtvaartincidenten te reduceren (NASA, z.d.). Jaarlijks wordt ongeveer \$3 miljoen uitgegeven om ongeveer 30.000 rapporten uit het ASRS te analyseren. Dit wil zeggen dat er een kost is van ongeveer \$100 per analyse. Wanneer

deze prijs identiek beschouwd zou worden voor ziekenhuizen, betekent dit een heel erg hoge kost. Voornamelijk voor ziekenhuizen die maar een beperkt budget ter beschikking hebben, kan dit een drempel betekenen (Leape, 2000).

Lucian Leape (2000) stelt een aantal mogelijkheden voor om de kosten van incident-meldingssystemen in te perken. Een eerste mogelijkheid zou erin kunnen bestaan dat er gebruik gemaakt wordt van een willekeurige steekproeftrekking van alle gemelde incidenten voor verdere analyse in plaats van een analyse van alle meldingen. Op deze manier zou men bijvoorbeeld 10% van alle rapporten kunnen analyseren door op een willekeurige wijze 10% uit het totaal te selecteren. Deze uitkomsten zullen niet volledig representatief zijn, maar kunnen wel nuttige informatie genereren. Vervolgens zou ook de keuze gemaakt kunnen worden om zich enkel bezig te houden met de analyse van de incidenten die een dodelijke afloop kenden. Deze incidenten maken in het algemeen ongeveer 5 à 10% van het geheel uit en beperken daardoor sterk de kosten. Een derde mogelijkheid is dat men een aantal flagrante incidenten gaat identificeren voor verdere analyse. Hierbij gaat het om incidenten die een ernstig deficit in het systeem weergeven zoals bijvoorbeeld een operatie uitgevoerd op een verkeerde plaats van het lichaam. Het totale aantal incidenten zal hierdoor een stuk minder talrijk zijn en de eventuele maatregelen die hieruit voortvloeien hebben het voordeel dat ze mogelijk universeel kunnen toegepast worden. Een laatste optie die Leape voorstelt, is dat men een studie zou kunnen uitvoeren met een op voorhand duidelijk gesteld doel. Men zou bijvoorbeeld een studie kunnen uitvoeren in verband met valincidenten bij patiënten die bepaalde medicijnen toegediend kregen. Alle ziekenhuizen worden dan gevraagd om over een bepaalde tijdsperiode heen alle gegevens bij te houden in verband met deze ongevallen. Vervolgens voeren de ziekenhuizen zelfstandig een intern onderzoek uit en worden de bevindingen gerapporteerd aan degenen die het onderzoek uitvoeren. De kosten van het onderzoek worden dan gedragen door de onderzoeksgroep en niet door het ziekenhuis zelf.

4.3 Het nut van een SWOT-analyse in de gezondheidszorg

Kotler, Armstrong, Saunders en Wong (2005) definiëren een SWOT-analyse als volgt: de bevindingen van de interne en externe doorlichting, waarbij de aandacht wordt gevestigd op de kritische sterke en zwakke punten van de organisatie en de kansen en bedreigingen uit de omgeving. (p.56)

SWOT-analyses werden in eerste instantie voornamelijk gebruikt in de bedrijfswereld om de sterke en zwakke punten te onderzoeken en om na te gaan waar de verbetermogelijkheden liggen. Meer en meer wordt deze tool in alle mogelijke industrieën gebruikt. Ook in de gezondheidszorg worden SWOT-analyses toegepast.

In 2002 werd een SWOT-analyse toegepast op de gezondheidszorg van Denemarken. Deze analyse werd uitgevoerd door een internationaal panel om te onderzoeken welke aspecten van de Deense gezondheidszorg beschermd moesten worden tegen mogelijke veranderingen en welke aspecten net aanpassingen vroegen. Het doel van de studie bestond erin om de voornaamste problemen van de Deense gezondheidszorg op een kritische manier te bekijken (Christiansen, 2002).

SWOT-analyses kunnen ook gebruikt worden om onderdelen van de gezondheidszorg te beoordelen en een analyse te maken van bepaalde programma's en instrumenten. Zo werd in 2007 een onderzoek uitgevoerd ter beschrijving en vergelijking van verschillende gebruikte gezondheidsprogramma's ter controle van muggen die ziektes overdragen. Er werd onder andere gebruik gemaakt van een SWOT-analyse om de sterke en zwakke punten van de verschillende programma's naar voren te brengen en om op een eenduidige manier de programma's met elkaar te kunnen vergelijken (Impoinvil et al., 2007).

Op een gelijkaardige manier zal in deze masterproef ook gebruik worden gemaakt van een SWOT-analyse om de sterke en zwakke punten alsook de opportuniteiten en bedreigingen van incident-meldingsystemen naar voren te brengen.

HOOFDSTUK V: Praktijkonderzoek

Via het uitvoeren van interviews aan de hand van twee vragenlijsten kunnen de onderzoeksvraag en bijhorende deelvragen, die in deze masterproef onderzocht worden, beantwoord worden. Enerzijds werd een vragenlijst opgesteld aan de hand van het 7-moduleraamwerk van van der Schaaf, Lucas en Hale (1991) waarbij gepeild werd naar de opbouw en volledigheid van de huidig gebruikte meldsystemen binnen Vlaamse ziekenhuizen. Deze vragenlijst werd voorgelegd aan personen die dagelijks bezig zijn met de ontwikkeling van meldsystemen, namelijk de operationeel verantwoordelijken van de ziekenhuizen. Anderzijds werd er een vragenlijst opgesteld om een SWOT-analyse uit te voeren omtrent meldsystemen door drie verschillende groepen van ziekenhuispersoneelsleden namelijk de operationeel verantwoordelijken, de directie en de verpleegkundigen. Door deze analyse uit te voeren komt aan het licht waar de sterke en minder sterke kanten van de gebruikte systemen zich situeren alsook waar de toekomstige verbetermogelijkheden en bedreigingen zich bevinden. In bijlage 4 kunnen de gebruikte vragenlijsten teruggevonden worden.

Voor het uitvoeren van het onderzoek werd contact opgenomen met 33 ziekenhuizen in Vlaanderen. Hiervan vonden 15 ziekenhuizen zich bereid om mee te werken aan het onderzoek, wat een reactiegraad van 45,45% betekent. De andere ziekenhuizen lieten weten geen tijd te hebben, afhankelijk te zijn van een groter ziekenhuis voor wat betreft het incident-meldingssysteem of lieten na te reageren op de vraag tot medewerking. Van de 15 ziekenhuizen die bereid waren om mee te werken, kunnen twee universitaire ziekenhuizen onderscheiden worden. Verder werd ervoor gezorgd dat zowel grote als kleine ziekenhuizen geselecteerd werden. Binnen deze 15 ziekenhuizen werden 14 operationeel verantwoordelijken, 12 directieleden en 10 verpleegkundigen ondervraagd. Voor wat betreft de directieleden was het voornamelijk de verpleegkundige directie die medewerking verleende. Het laag aantal bereidwillige verpleegkundigen kan voornamelijk verklaard worden door tijdsgebrek. De gesprekken met de operationeel verantwoordelijken duurden gemiddeld een uur, met een spreiding van ongeveer vijftien minuten. De gesprekken met de verpleegkundigen en de directie duurden minder lang aangezien zij enkel de SWOT-analyse moesten toepassen. Deze gesprekken duurden gemiddeld een half uur, met een spreiding van 10 minuten. Gegevens in verband met de werking van de incident-meldingssystemen alsook gegevens in verband met het 7-module raamwerk werden verkregen via de operationeel verantwoordelijken. Dit

verklaart waarom in de loop van het onderzoek gesproken zal worden over 14 ziekenhuizen in plaats van de bovenvermelde 15.

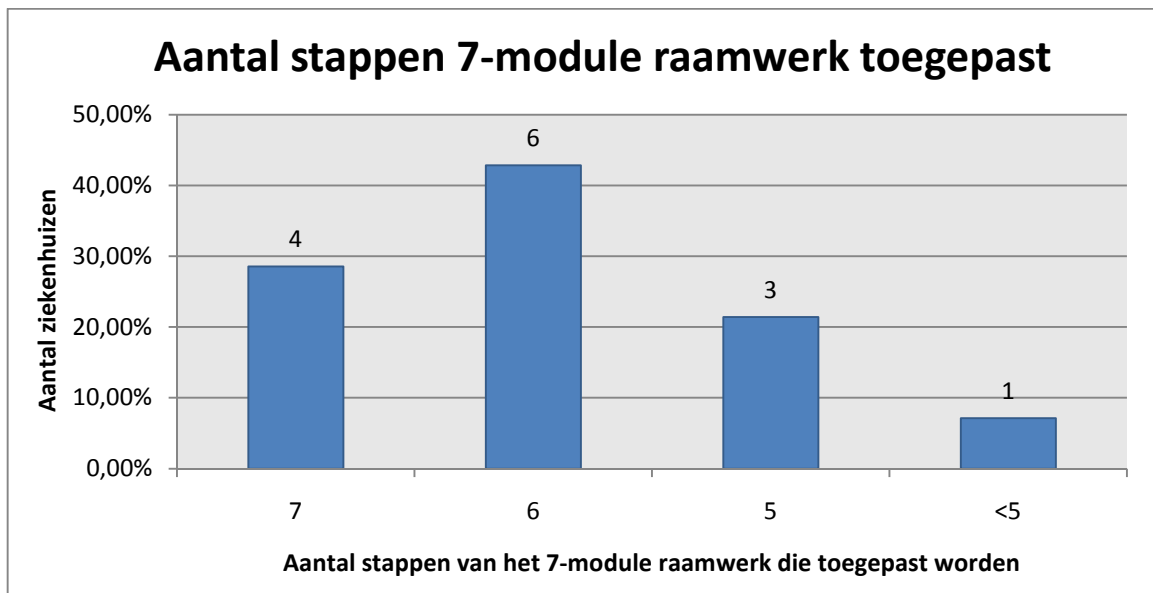
Om een beter beeld te krijgen van de gevonden resultaten maar toch de anonimiteit van de respondenten te garanderen, werd ervoor geopteerd om alle ondervraagde ziekenhuizen, operationeel verantwoordelijken, directieleden en verpleegkundigen een willekeurige letter toe te kennen. Tijdens de analyse zullen de personen en ziekenhuizen steeds met deze letter vermeld worden. Op deze manier kan men bijvoorbeeld nagaan of een ziekenhuis aan meerdere kenmerken voldoet, meerdere knelpunten heeft enzovoort. Een overzicht van de respondenten en ziekenhuizen met toegekende, willekeurige letter kan in bijlage 5 teruggevonden worden.

5.1 Resultaten opbouw incident-meldingssystemen

De ondervraagde ziekenhuizen maken gebruik van heel erg uiteenlopende meldsystemen. Ongeveer 71% van de gebruikte meldsystemen werkt elektronisch. Drie ziekenhuizen – namelijk ziekenhuizen C, D en I – hebben een papieren meldsysteem ingevoerd. Enkel in ziekenhuis L zijn er verschillende mogelijkheden om een melding te doen, al dan niet elektronisch. De meerderheid van de ziekenhuizen heeft een softwarepakket aangekocht van een privéfirma. Vijf ziekenhuizen – E, G, K, M en N – hebben hun meldsysteem zelf intern in het ziekenhuis ontwikkeld. Van de aangekochte softwarepakketten werd één derde aangekocht van de firma Infoland. Ziekenhuizen die verklaarden in de toekomst te willen overstappen naar een nieuw meldsysteem denken er ook over na om met deze firma samen te werken. Infoland is een Nederlandse firma die software ontwikkelt en levert aan de zorg, het onderwijs en de zakelijke markt op het gebied van kwaliteitsmanagement en informatie. Momenteel is ongeveer 80% van de Nederlandse ziekenhuizen aangesloten bij dit bedrijf (Infoland, z.d.). Daarnaast blijkt de Patient Safety Company ook een belangrijke softwareleverancier te zijn voor ziekenhuizen. Dit bedrijf werd opgezet om zorginstellingen bij te staan in het monitoren van incidenten en het leveren van meetbare verbeteringen in patiëntveiligheid. Sedert 2005 heeft het bedrijf een eigen incident-meldingssysteem ontwikkeld (Patient Safety Company, z.d.). De meeste onderzochte meldsystemen zijn momenteel nog niet volledig ontplooid, worden nog niet ziekenhuisbreed toegepast of laten slechts melding toe van een beperkt aantal types incidenten.

5.2 Resultaten 7-module raamwerk

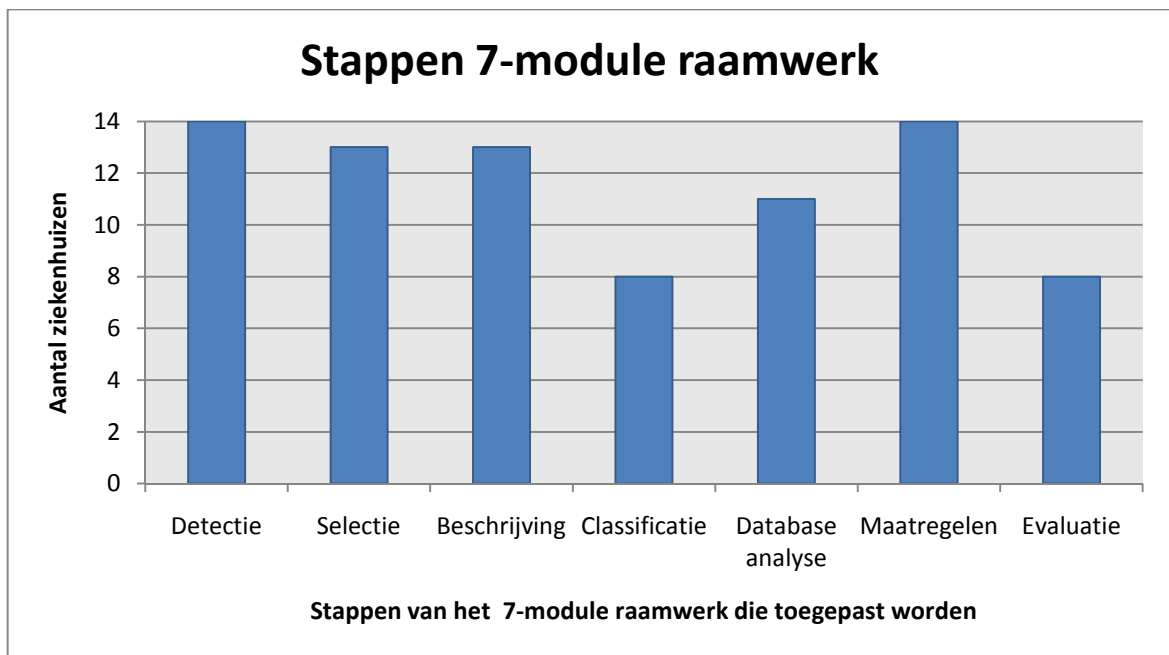
Ziekenhuizen in Vlaanderen hebben de vrije keuze om een meldsysteem in te voeren naar eigen wensen en noden. Dit brengt met zich mee dat er binnen de Vlaamse ziekenhuizen uiteenlopende systemen operationeel zijn. Het 7-module raamwerk, dat boven reeds besproken werd, geeft een mogelijke opbouw van incident-meldingssystemen weer. Het model bestaat uit zeven stappen welk elk meldsysteem in ideale omstandigheden zou moeten bevatten (van der Schaaf, Lucas, & Hale, 1991). Van de bevraagde ziekenhuizen zijn er slechts vier die een meldsysteem gebruiken waar alle zeven stappen van het raamwerk in terug te vinden zijn, namelijk ziekenhuizen D, G, H en N. Zes ziekenhuizen – A, B, E, F, I en L - passen zes van de zeven stappen reeds toe en drie ziekenhuizen - J, K en M - gebruiken momenteel vijf stappen. Het meldsysteem van ziekenhuis C scoort niet zo goed wat betreft de opbouw naar analogie van het 7-module raamwerk en past minder dan vijf stappen toe, zoals op figuur 12 weergegeven wordt. In de grafieken die in de loop van het onderzoek gebruikt zullen worden, zal de y-as steeds het percentage weergegeven. De cijfers boven de grafieken geven dezelfde waarden uitgedrukt in absolute getallen weer.



Figuur 12: Aantal stappen 7-module raamwerk toegepast.

Van de tien ziekenhuizen die een meldsysteem hebben dat niet volledig volgens het raamwerk geconstrueerd is, kunnen er enkele opvallende conclusies getrokken worden. Maar liefst zes van deze ziekenhuizen laten na de feedbackfase door te voeren. Wat ook opmerkelijk is, is dat van de tien ziekenhuizen er ook zes de classificatiefase niet toepassen. De voornaamste reden die hiervoor gegeven wordt, is een gebrek aan tijd. Ook een gebrek aan kennis zorgt ervoor dat ziekenhuizen nalaten stap vier en zeven van het raamwerk toe te passen.

Zoals figuur 13 weergeeft, passen alle 14 ondervraagde ziekenhuizen stap één en zes van het raamwerk toe, namelijk de detectiefase en het doorvoeren van maatregelen. Stappen twee, drie en vijf – selectie, beschrijving en database analyse - worden ook door de overgrote meerderheid toegepast. Vastgesteld kan worden dat de classificatie en evaluatie het minst worden toegepast. Slechts acht ziekenhuizen hebben deze stappen betrokken in hun meldsysteem.



Figuur 13: Stappen 7-module raamwerk.

In het verdere verloop van dit hoofdstuk worden alle zeven stappen van het raamwerk, zoals toegepast door de bevroegde ziekenhuizen, in detail uitgewerkt.

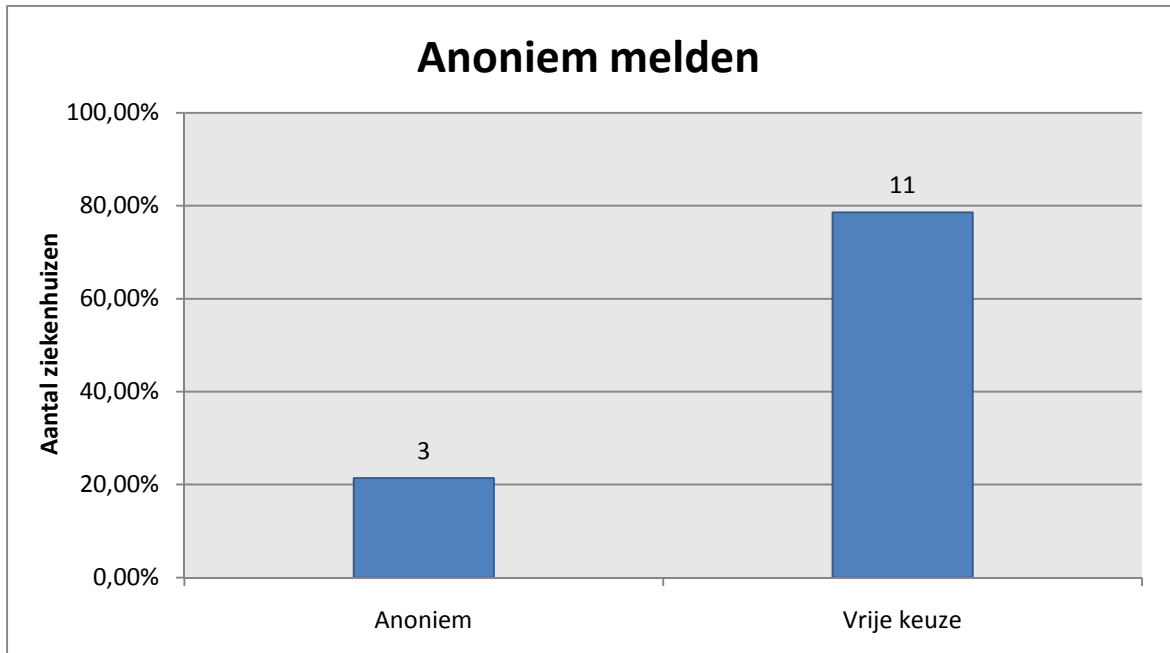
1. Detectie

Alle bevroagde ziekenhuizen hebben ervoor geopteerd om een optie in te voeren in het meldsysteem die het mogelijk maakt om melding te doen van zowel werkelijke incidenten als near misses. Toch is er een groot verschil waar te nemen van het aantal near misses die gemeld worden in de ziekenhuizen. Ziekenhuizen L en E verklaren dat het bij de meerderheid van alle meldingen gaat om near misses. De reden die zij hiervoor aanhalen is dat er bij dit soort gebeurtenissen geen schade te bemerken valt, waardoor de melder dus ook geen risico loopt om gestraft te worden. Bij tien ziekenhuizen vormen de meldingen van near misses eerder een kleine minderheid van het totaal en zijn het vooral incidenten met schade die gemeld worden. Het percentage gemelde near misses in functie van het totaal varieert binnen deze ziekenhuizen van minder dan 1% tot 24%. De operationeel verantwoordelijken geven twee verklaringen voor dit fenomeen. Ten eerste stellen ze dat verpleegkundigen het pas zinvol vinden om te melden wanneer er werkelijk schade is. Ze beseffen vaak niet dat er evenveel geleerd kan worden van near misses. Ten tweede hebben de mensen het idee dat er niets aan de hand is wanneer er zich een near miss voordoet en dat er dus ook niet gemeld moet worden. Tot slot stellen ziekenhuis N en D dat het aantal near misses ongeveer 50% uitmaakt van alle meldingen. Één van deze ziekenhuizen vermeldt hierbij dat er dringend nood is aan een eenduidige taxonomie aangezien het niet altijd duidelijk is wat een near miss is. Bovendien interpreteren verpleegkundigen de inhoud van een near miss ook op andere manieren. Ondanks dat uit de literatuur blijkt dat patiënten ook nuttige informatie kunnen opleveren voor het meldsysteem, biedt geen enkel ziekenhuis een mogelijkheid voor de patiënt om zelf een melding te doen via het meldsysteem. Slechts in één ziekenhuis bestaat de mogelijkheid voor de patiënt om naar een verpleegkundige toe te stappen en samen een melding te doen.

Tijdens de interviews werden heel erg uiteenlopende manieren aangehaald waarop men het ziekenhuispersoneel probeert aan te moedigen om incidenten te melden. De voornaamste techniek die hiervoor toegepast wordt, is het geven van feedback en het tonen van resultaten. Wanneer melders zien dat er werkelijk iets met de meldingen gebeurt, is men veel meer gemotiveerd om in de toekomst opnieuw te melden. Wanneer het personeel daarentegen het gevoel heeft dat er niets met de meldingen gedaan wordt, zien ze ook geen nut om in de toekomst nog te melden. Het is belangrijk dat de organisatie, directie en leidinggevenden volledig achter het meldsysteem staan en dit ook

uiten. Er moeten voortdurend getoond worden dat patiëntveiligheid belangrijk is binnen de organisatie en dat het incident melden hiertoe een belangrijke bijdrage kan leveren. Dit kan men onder andere tonen door regelmatig een 'week van de patiëntveiligheid' in te voeren, zoals reeds gebeurt in verschillende ziekenhuizen. Campagnes waarbij via affiches de melders bewust gemaakt worden van het belang van het melden, worden ook vaak toegepast als stimulans. Vervolgens wordt frequent gebruik gemaakt van media zoals personeelsbladen, vergaderingen, intranet en infosessies. Een kleine minderheid, enkel ziekenhuis E en N, maakt gebruik van mensen die op afdelingsniveau zelf collega's moeten aanmoedigen om gebeurtenissen te melden. Ziekenhuis K is het enige ziekenhuis dat financiële incentives toepast. Binnen dit ziekenhuis is een systeem opgesteld waarbij elke 25^{ste} melder ter beloning een bioscoopticket ontvangt.

Zoals weergegeven door figuur 14, hebben drie ziekenhuizen - C, D en M - ervoor geopteerd om de meldingen volledig anoniem te laten verlopen. In deze ziekenhuizen hoeven geen identificatiegegevens ingevuld te worden wanneer men een gebeurtenis wil melden. Op deze manier wordt er gegarandeerd dat het melden niet om de persoon draait maar wel om de melding zelf. Verpleegkundigen worden op deze manier gestimuleerd om te melden. De analyse van het incident wordt hierdoor echter bemoeilijkt aangezien er geen mogelijkheid meer bestaat om contact op te nemen met de melder voor bijkomende informatie. Gaandeweg willen deze ziekenhuizen de verpleegkundigen stimuleren om niet meer anoniem te melden. De overige ziekenhuizen, 78,6%, laten de melder zelf de keuze om al dan niet anoniem te melden. Deze ziekenhuizen stellen echter vast dat de meerderheid van de meldingen niet anoniem verloopt. Door een optie in te voeren om al dan niet anoniem te melden proberen de ziekenhuizen de melders te stimuleren om ook zware incidenten te melden waarbij men zich liever niet bekend maakt. Vervolgens probeert men zo ook vertrouwen te creëren bij de melders. Een laatste reden die door verschillende ziekenhuizen genoemd wordt, is dat wanneer er geen optie bestond om anoniem te melden er heel weinig respons waar te nemen viel van de verpleegkundigen.



Figuur 14: Anoniem melden.

Wanneer een ziekenhuis ervoor opteert om de melder niet anoniem te laten melden of de melder zelf het initiatief neemt om zijn identiteit bekend te maken, zijn er verschillende manieren om de melder ervan te overtuigen dat de melding niet sanctionerend gebruikt zal worden. Ziekenhuizen A en F hebben hieromtrent een charter opgesteld. Het charter vermeldt duidelijk wat het doel van de meldingen is alsook dat er geen sancties zullen opgelegd worden ten gevolge van de meldingen. Één van de ziekenhuizen die geen charter opgesteld heeft, zegt dat het momenteel niet zinvol is dergelijk charter op te stellen. Zolang de overheid geen duidelijke wet opstelt waarin de rechten van melders verduidelijkt worden, kan het ziekenhuis immers geen vertrouwen garanderen. Andere ziekenhuizen hebben hieromtrent een beleidsnota of procedure opgesteld. Bij de invoering van het systeem is het belangrijk dat men uitlegt aan de verpleegkundigen dat het meldsysteem niet als strafsysteem gebruikt zal worden. Enkele ziekenhuizen zorgen er zelf voor dat het meldrapport geanonimiseerd wordt. Zo worden bijvoorbeeld periodiek alle naamgegevens uit de rapporten geschraapt of wordt de naam van de melder op het einde van de melding verborgen zodat enkel de coördinator van de melding deze nog kan raadplegen.

In België zijn ziekenhuizen verplicht om bepaalde zaken te registreren en door te geven aan de overheid aangaande bloedtransfusies, decubitus of doorligwonden, valincidenten, agressie-incidenten en ziekenhuisinfecties. Voor het registreren van deze elementen wordt vaak gebruik gemaakt van een ander registratiesysteem. Wanneer men het aantal meldingen van deze verplichte elementen in verhouding bekijkt tot het totaal aantal meldingen, blijkt dat deze verplichte meldingen een kleine minderheid uitmaken van het totaal.

2. Selectie

Nadat incidenten gemeld zijn, bepaalt de coördinator of het incident al dan niet verder geanalyseerd dient te worden. In de meeste ondervraagde ziekenhuizen wordt hiervoor gebruik gemaakt van een risicomatrix op basis van ernst en frequentie. Één van de ziekenhuizen gebruikt hiervoor de Hazard Scoring Matrix die voorgesteld wordt door het United States Department of Veterans Affairs. Deze matrix bepaalt voor elk incident een risicoscore op basis van de ernst en de frequentie van het incident. Incidenten met een risicoscore van 8 of meer, zullen geselecteerd worden voor verdere analyse (DeRosier, Stalhandske, Bagian, & Nudell, 2002). In bijlage 6 wordt de Hazard Scoring Matrix weergegeven. Andere ziekenhuizen maken gebruik van de risicomatrix die geleverd wordt bij het aangekochte softwarepakket. Deze matrices maken in de meeste gevallen ook gebruik van een combinatie van ernst en frequentie van het incident en bepalen op basis hiervan een risicoscore. Een klein aantal ziekenhuizen gaat louter verder op de ernst van het incident en laat de frequentie links liggen. Verder zijn er ziekenhuizen – J, K en N - die ervoor kiezen om incidenten te selecteren wanneer er sprake is van een groot schokeffect of wanneer het incident een blijvend letsel of overlijden van de patiënt heeft veroorzaakt. Ziekenhuis A verklaart die cases te selecteren waarbij er sprake is van grote schade bij de patiënt of die frequent voorkomen zonder zware gevolgen maar die toch irritatie opleveren. Tot slot verklaren ziekenhuizen E en G dat momenteel nog alle incidenten geselecteerd worden voor verdere analyse. Wanneer het meldsysteem echter meer meldingen gaat ontvangen, blijft dit niet meer mogelijk.

3. Beschrijving

Hoe gedetailleerd het incident beschreven wordt in het meldformulier is afhankelijk van de melder zelf. Vaak wordt er in het formulier een combinatie gebruikt van vrije tekst en gestructureerde vragen. In een aantal ziekenhuizen moet de melder in het meldformulier zelf omschrijven wat hij denkt dat de oorzaken van het incident zijn en welke maatregelen er reeds genomen zijn om het incident in de toekomst te voorkomen. In drie ziekenhuizen – A, H en N - gaat de coördinator steeds na of het incident werkelijk gebeurd is zoals beschreven in de melding. Dit wordt gedaan aangezien men ervan uitgaat dat mensen soms andere dingen bedoelen dan ze opschrijven. In drie andere ziekenhuizen - D, K en M - controleert de coördinator nooit of de melding beschrijft wat er werkelijk gebeurd is. Er wordt vanuit gegaan dat alles correct verloopt of de melding is anoniem gedaan waardoor er geen mogelijkheid bestaat om bijkomende informatie op te vragen. Ziekenhuis F opteert ervoor om contact op te nemen met de melder wanneer blijkt dat het incident een hoge of zeer hoge risicoscore heeft. Wanneer dit het geval is, wil men er zeker van zijn dat het verloop van het incident juist begrepen is en dat de risicoscore correct is toegekend. De meerderheid van de onderzochte ziekenhuizen heeft voor de beschrijving van het incident geen systematische manier van werken ontwikkeld. Een mogelijke systematische manier van werken, zou via het gebruik van oorzakenbomen kunnen zijn. In hoofdstuk 3, onderdeel 2, van deze masterproef wordt een voorbeeld van een oorzakenboom weergegeven. Een oorzakenboom geeft op een systematische wijze het verloop van het incident weer. Bovenaan de boom wordt het incident weergegeven dat onderzocht wordt en vervolgens splitst de boom zich op in twee grote delen, de faalzijde en de herstelzijde. Nadien gaat men alle directe oorzaken van het incident in logische en chronologische volgorde weergeven. Deze directe oorzaken hebben elk ook hun eigen oorzaken en zo wordt de boom verder uitgebouwd totdat de zogenaamde basisoorzaken gevonden worden. Er kan echter vastgesteld worden dat in 78,57% van de ziekenhuizen geen systematisch gebruik wordt gemaakt van oorzakenbomen. De voornaamste redenen die hiervoor aangehaald worden, zijn een gebrek aan tijd alsook een gebrek aan kennis om de bomen goed toe te passen. Ziekenhuizen A, H en N verklaren wel systematisch gebruik te maken van oorzakenbomen.

4. Classificatie

Meer dan de helft van de bevroegde ziekenhuizen die niet het volledige 7-module raamwerk toepassen in hun incident-meldingssysteem, laten na de classificatiefase toe te passen. De reden hiervoor is opnieuw een gebrek aan tijd en kennis. De FOD volksgezondheid heeft een taxonomie ter beschikking gesteld op haar website die alle ziekenhuizen die aangesloten zijn bij het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid' van de overheid, in de toekomst zullen moeten toepassen. Momenteel zijn er slechts vijf ziekenhuizen - enkel ziekenhuizen B, H, K, L en N - die deze taxonomie van de overheid proberen systematisch te gebruiken. Slechts een derde van de ondervraagde ziekenhuizen past deze dus reeds toe. Zowel de ziekenhuizen die de taxonomie reeds toepassen als zij die hem nog niet gebruiken, verklaren dat het toepassen van deze taxonomie niet eenvoudig is. Één ziekenhuis stelt dat het niet altijd even duidelijk is waar ze moeten classificeren en dat dit vermoedelijk een blijvend probleem zal zijn. Ziekenhuizen A, G en J maken voor de classificatiefase gebruik van het Eindhoven Classificatie Model. Momenteel blijkt de classificatiefase één van de minst ontwikkelde fases van het 7-module raamwerk te zijn. De taxonomie die de overheid aanbiedt, is te ingewikkeld en dit in combinatie met het tijdsgebrek dat in ziekenhuizen heerst, leidt er toe dat deze fase vaak wordt overgeslagen.

5. Database analyse

De analyse van de database blijft bij 57% van de bevroegde ziekenhuizen beperkt tot het opmaken van frequenties. Enkele ziekenhuizen splitsen deze frequenties ook op per afdelingen om zo na te gaan op welke afdelingen er veel incidenten gemeld worden en waar de meldingsbereidheid eerder laag is. Op deze manier kunnen ook trendanalyses uitgevoerd worden door te kijken hoe het aantal incidentmeldingen evolueert in de tijd. Ziekenhuizen B en E passen naast frequentieanalyses ook reeds correlatieanalyses toe. Hierbij wordt opzoek gegaan naar mogelijke verbanden tussen bepaalde incidenten. De reden waarom de analyse van de database in het algemeen eerder beperkt blijft, is te wijten aan het feit dat de meeste ziekenhuizen momenteel nog maar een beperkte database ter beschikking hebben en het nog niet nuttig blijkt te zijn om vergaande analyses uit te voeren. In de meeste gevallen verloopt de database analyse per tijdsfrequentie. Dit kan jaarlijks, maandelijks, driemaandelijks enzovoort zijn. Sommige

ziekenhuizen luisteren naar de vraag van de afdelingen en voeren een database analyse uit wanneer de afdelingen hier nood aan hebben.

6. Maatregelen

Wanneer een incident gemeld wordt, zijn er twee mogelijkheden wat betreft het doorvoeren van verbetermaatregelen. Enerzijds kan beslist worden om kort op de bal te spelen en ad hoc een maatregel door te voeren. Anderzijds kan men opteren om meer een structurele link te leggen tussen de aan te pakken oorzaken en de oplossingen. Van de ondervraagde ziekenhuizen opteren J en F om steeds ad hoc maatregelen door te voeren en A, C en M om steeds structureel te werk te gaan. Bij de overige ziekenhuizen wordt een combinatie van beide gebruikt en is de maatregel afhankelijk van het incident zelf. Soms wordt er geopteerd om snel te reageren en een maatregel door te voeren die het probleem onmiddellijk oplost. Bij andere incidenten is het noodzakelijk om vooraf een uitgebreid onderzoek te voeren alvorens een verbetermaatregel door te voeren. De manieren waarop deze maatregelen gecommuniceerd worden naar het personeel toe zijn heel erg uiteenlopend. De meeste ziekenhuizen maken gebruik van volgende media:

- personeelsbladen
- intranet
- nieuwsbrieven, rapporten, dienstnota's
- vergaderingen

In een beperkt aantal gevallen, bij ziekenhuizen F en J, heeft de melder zelf de mogelijkheid om zijn melding via het meldsysteem te blijven opvolgen. Op deze manier blijft hij op de hoogte van wat er precies met de melding gebeurt en welke maatregelen er doorgevoerd zijn. Een laatste mogelijkheid die in een aantal ziekenhuizen wordt toegepast, kan omschreven worden als een trechterprocedure. Hierbij worden maatregelen via zorgcoördinatoren gecommuniceerd aan hoofdverpleegkundigen die op hun beurt de taak hebben om de boodschap over te brengen aan de verpleegkundigen. Enkel ziekenhuizen C en F kiezen er voor om de maatregelen systematisch ziekenhuisbreed uit te leggen. Wanneer er een maatregel wordt doorgevoerd die specifiek afgestemd is op één afdeling wordt deze vaak niet ziekenhuisbreed uitgelegd. Één van de ondervraagde ziekenhuizen opteert om alle maatregelen op ziekenhuisniveau te communiceren, zij het minder gedetailleerd, aangezien men van oordeel is dat het belangrijk is dat het personeel duidelijk ziet dat er iets met de meldingen gebeurt.

7. Evaluatie

De evaluatiefase is de fase die, samen met de classificatiefase, het minst wordt toegepast door de ziekenhuizen. Bij deze fase gaat men na of de doorgevoerde verbetermaatregelen wel effectief blijken te zijn. Één ziekenhuis verklaart dat ze nog maar net met het meldsysteem begonnen zijn en er nog niet aan toe zijn om de effectiviteit van de maatregelen te meten. Ze stellen dat de komende jaren het aantal incidentmeldingen in alle categorieën zal blijven groeien, ook al hebben ze effectieve maatregelen doorgevoerd. Dit omwille van het feit dat het meldsysteem nieuw is en het personeel gaandeweg meer vertrouwd zal raken met het melden. Hier kan echter vanuit eigen standpunt op gereageerd worden dat wanneer het ziekenhuis effectieve maatregelen doorgevoerd heeft het aantal meldingen inderdaad zal blijven toenemen. Hierbij zal het wel voornamelijk gaan om een stijging van het aantal near misses. Effectieve maatregelen zorgen er immers voor dat het aantal werkelijke incidenten afneemt. De feedback beperkt zich in de meeste gevallen tot de afdeling waar het incident heeft plaatsgevonden. Één van de ziekenhuizen - ziekenhuis L - heeft een systeem ontworpen om de effectiviteit kenbaar te maken aan iedereen. Per verbeterinitiatief krijgt elke afdeling de eigen resultaten. Deze resultaten worden dan in de vorm van scores op een bord geplaatst dat opgehangen wordt op de afdeling zelf. Op deze manier kunnen zowel artsen, verpleegkundigen als patiënten zien hoe goed de afdeling scoort.

5.2.1 Conclusie resultaten 7-module raamwerk

In het algemeen kan vastgesteld worden dat het 7-module raamwerk nog niet goed toegepast wordt binnen de ziekenhuizen. Slechts vier ziekenhuizen passen het volledige raamwerk toe. Voornamelijk omtrent de classificatiefase en de evaluatiefase blijken er nog heel wat problemen te bestaan. De andere stappen van het raamwerk worden vaker toegepast maar de kwaliteit hiervan is nog laag. Verder kan vastgesteld worden dat de ziekenhuizen de stappen toepassen op verschillende manieren naar gelang de wensen en de noden van het ziekenhuis en dat er geen uniforme manier bestaat om een meldsysteem op te bouwen.

5.3 Resultaten SWOT-analyses

In de ondervraagde ziekenhuizen werden SWOT-analyses uitgevoerd door drie groepen personeelsleden zijnde de directie, de operationeel verantwoordelijken en de verpleegkundigen. Op deze manier komt naar voren wat de sterke en minder sterke kanten zijn van de gebruikte incident-meldingssystemen. Ook de verbetermogelijkheden en bedreigingen voor de systemen komen op deze manier aan het licht. Wel moet er rekening gehouden worden met het feit dat de antwoorden uit de SWOT-analyses percepties zijn en geen vaststaande feiten vormen. Door een vergelijking te maken van de resultaten van de verschillende SWOT-analyses kan nagegaan worden of de verschillende groepen personeelsleden aandacht besteden aan dezelfde elementen. Hieronder worden de uitkomsten van deze SWOT-analyses weergegeven. Eerst worden de resultaten besproken per groep personeelsleden, waarna vervolgens ingegaan wordt op een vergelijking van de resultaten.

5.3.1 SWOT-analyse operationeel verantwoordelijken

➤ Sterktes

Zoals in voorgaande analyse duidelijk geworden is, hebben de verschillende ziekenhuizen uiteenlopende soorten meldsystemen ingevoerd. Dit brengt met zich mee dat deze systemen verschillende voor- en nadelen hebben. De sterke punten van de meldsystemen, zoals waargenomen door de operationeel verantwoordelijken, lopen heel erg uiteen. Een sterkte die door vijf operationeel verantwoordelijken – personen B, C, F, I en K - aangehaald wordt, is de gebruiksvriendelijkheid van het meldsysteem. Er wordt vermeld dat werknemers niet graag extra tijd spenderen aan het uitvoeren van een melding, hier wordt het meldformulier dan ook op afgestemd. Verder heeft de gebruiksvriendelijkheid te maken met een goede structurering van het meldformulier en het feit dat er een lage drempel is om via het formulier een incident te melden. Een tweede sterkte die vaak naar voren komt, is het feit dat het meldsysteem elektronisch werkt. Operationeel verantwoordelijken A, F, H en K vermelden deze sterkte. De operationeel verantwoordelijken stellen dat ze op deze manier veel tijd kunnen besparen, vooral naar verdere verwerking toe. Ook het feit dat er veel mogelijkheden tot automatisering zijn, hangt hieraan vast. Lijnrecht hiertegenover staat ziekenhuis N dat het toepassen van manuele handelingen net als sterkte beschouwt. Op deze manier

kunnen ze de manier van aanpakken op het incident zelf afstemmen en wordt niet zomaar alles geautomatiseerd. De snelheid van het incident-meldingssysteem en het feit dat anoniem melden mogelijk is, wordt door twee operationeel verantwoordelijken – personen F en J, respectievelijk C en D - als een belangrijk sterk punt aangeduid. Vervolgens zijn er nog een aantal andere elementen die sporadisch vermeld worden als sterkte door de operationeel verantwoordelijken:

- toepassing 7-module raamwerk in software;
- systeem bevat WHO-classificatie;
- steun van de directie.

➤ Zwaktes

Het zwakke punt van de gebruikte meldsystemen dat het meest werd aangehaald door de operationeel verantwoordelijken, is het feit dat nog niet alle types incidenten gemeld kunnen worden. Dit zwak punt werd vermeld door operationeel verantwoordelijken B, I en J. Deze zwakte heeft te maken met het feit dat de ziekenhuizen de meldsystemen nog niet lang ingevoerd hebben en nog volop bezig zijn met de ontwikkeling en optimalisatie. Vervolgens wordt de optie dat er anoniem gemeld kan worden vermeld als zwakte door personen D en M. Wanneer er anoniem gemeld wordt, kan er geen extra informatie opgevraagd worden en kan er ook geen feedback plaatsvinden naar de melder. Het feit dat er teveel manuele handelingen toegepast moeten worden, wordt ook niet als positief beschouwd door de operationeel verantwoordelijken H en N. Deze manuele handelingen maken het meldsysteem heel erg tijdsintensief. In verband met het meldformulier op zich, worden ook wat minpunten aangehaald door personen D en N. Zo blijkt de structuur of indeling van het formulier niet steeds optimaal te zijn, blijkt de vraagstelling te breed en is de volgorde van de vragen niet altijd goed ingepland. Verder zijn er opnieuw een aantal zwakke punten die maar beperkt vermeld worden:

- papieren meldsysteem;
- geen toepassing taxonomie;
- zeer geringe feedbackfase waardoor de motivatie van het personeel kan dalen;
- geen optimale analysefase;
- slechte toegankelijkheid;
- enkel toepassing ad hoc maatregelen.

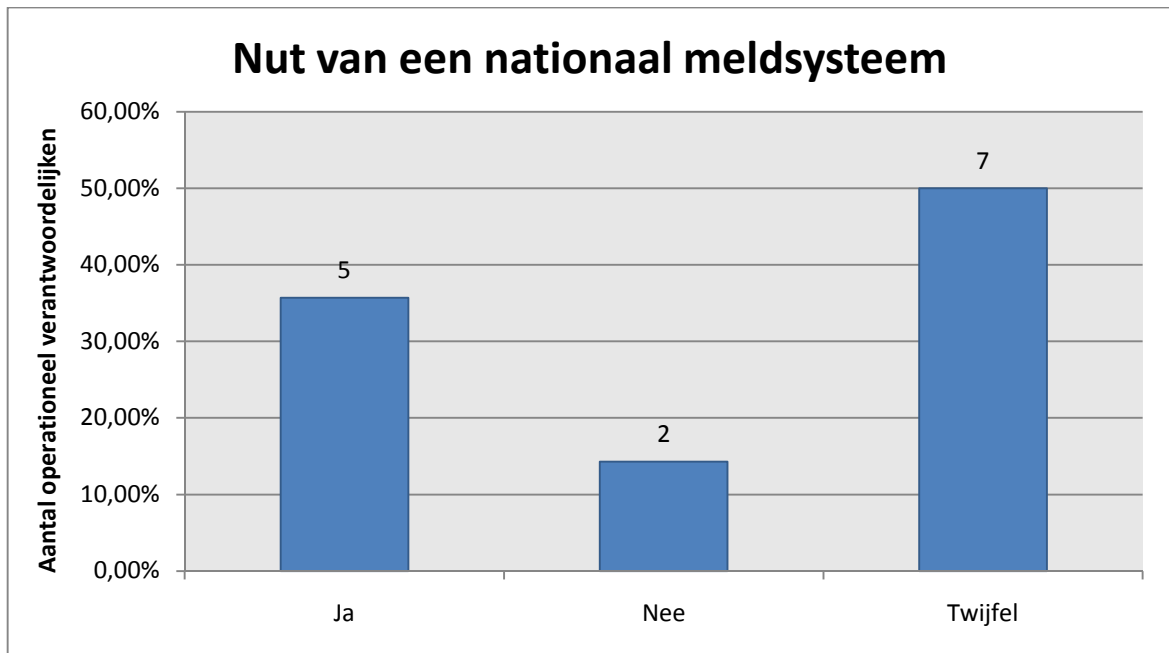
Tien van de veertien operationeel verantwoordelijken zijn van mening dat er nog te weinig acties ondernomen worden nadat een melding heeft plaatsgevonden. Onder acties wordt een goede analyse, duidelijke verbetermaatregelen, goede feedback enzovoort verstaan. De reden hiervoor is dat de ziekenhuizen nog volop in een leerproces zitten. Naar de toekomst toe zou dit allemaal nog veel kunnen verbeteren, maar het vraagt tijd om te leren.

➤ **Opportunities**

Een opportuniteit die door vier operationeel verantwoordelijken – personen D, E, M en N - vermeld werd, bestaat in het integreren van de taxonomie van de overheid in het meldsysteem. Voor een deel zou deze taxonomie in het meldformulier zelf opgenomen kunnen worden, maar deze moet zeker in de verwerking terugkomen. Het aanschaffen van informaticatoepassingen of het volledig overstappen naar een elektronisch meldsysteem blijkt ook een belangrijke opportuniteit te zijn. Ziekenhuis C ziet een mogelijkheid om in de toekomst het meldsysteem niet alleen meer te gebruiken voor het melden van medische incidenten, maar wil verschillende andere elementen hieraan koppelen. Zo zouden ook voorvallen in verband met diefstal en arbeidsongevallen in het systeem opgenomen kunnen worden. Volgens sommige respondenten zou het meldsysteem ook uitgebreid kunnen worden naar andere medewerkers binnen en buiten het ziekenhuis. Een mogelijkheid bestaat erin om huisartsen en thuisverpleegkundigen te betrekken bij het meldsysteem.

De operationeel verantwoordelijken zijn het er unaniem over eens dat een cultuurverandering, naar een open cultuur, een grote verbetering teweeg zou brengen voor het meldsysteem. Dit is volgens hen het essentiële punt in heel het meldverhaal. Door een open cultuur te creëren, zullen er meer meldingen komen, is er meer openheid en zullen meer preventieve acties ondernomen worden. Dergelijke cultuurverandering duurt echter jaren. Enkel het invoeren van een incident-meldingssysteem is hiervoor onvoldoende. Voor een deel begint deze cultuurverandering al in de opleiding van artsen en verpleegkundigen. In de opleiding van voornamelijk artsen wordt er zeer weinig aandacht besteed omtrent een correcte communicatie rond mogelijke fouten.

Een mogelijke opportuniteit naar de toekomst toe, zou het invoeren van één nationaal meldsysteem opgesteld door de overheid kunnen zijn. De meningen of dit al dan niet een goed idee is, zijn verdeeld en worden weergegeven in figuur 15. Vijf operationeel verantwoordelijken – personen E, H, I, J en K - zien het idee helemaal zitten, personen F en M zijn er absoluut niet voor te vinden en zeven anderen hebben nog hun bedenkingen.

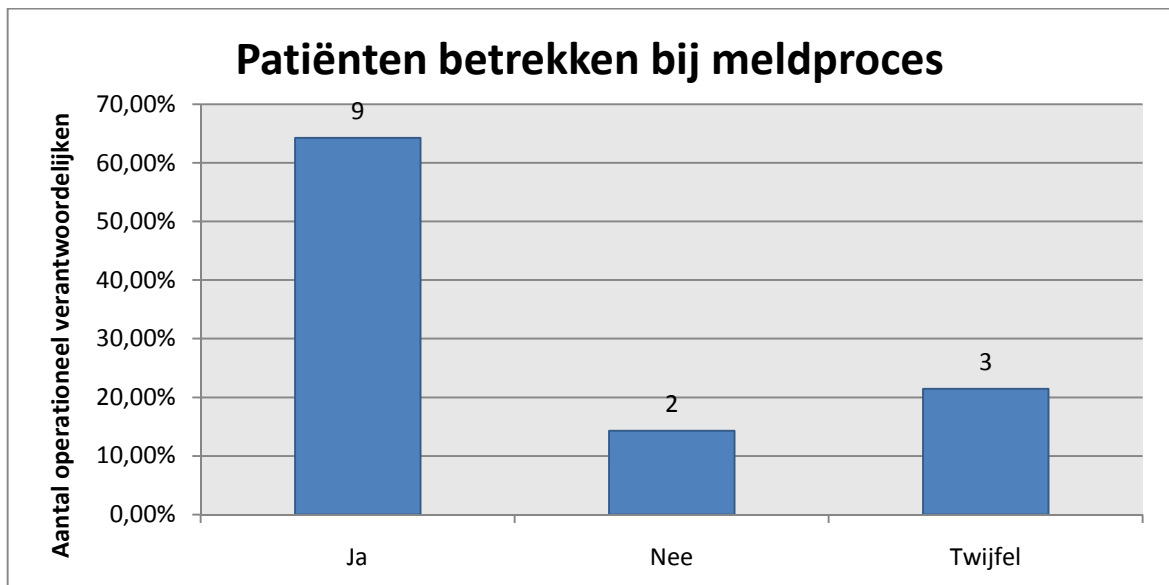


Figuur 15: Nut van een nationaal meldsysteem – operationeel verantwoordelijken.

De operationeel verantwoordelijken die het invoeren van een nationaal meldsysteem een goed idee vinden, vinden dit vooral nuttig om benchmarks door te voeren. Op deze manier kan gekeken worden of andere ziekenhuizen met gelijkaardige problemen kampen, hoe zij bepaalde situaties aangepakt hebben enzovoort. Één van de personen die een nationaal meldsysteem geen goede opportuniteit vindt, ziet er de voordelen wel van in, zeker naar benchmarking toe, maar hij/zij gelooft dat de nadelen groter zullen zijn dan de voordelen. De respondent verklaart dat er vooral moet gemeld worden om zelf te leren en dat wanneer er gerapporteerd moet worden aan een overheid dit een ander signaal zal geven. Ook zegt hij/zij dat de kosten voor het verplicht doorvoeren van een nationaal meldsysteem heel erg hoog zijn en dat dit voornamelijk voor de kleinere ziekenhuizen een groot probleem zou vormen. De vraag die de respondenten die twijfelen zich stellen, is welke meerwaarde dit systeem voor de overheid en het

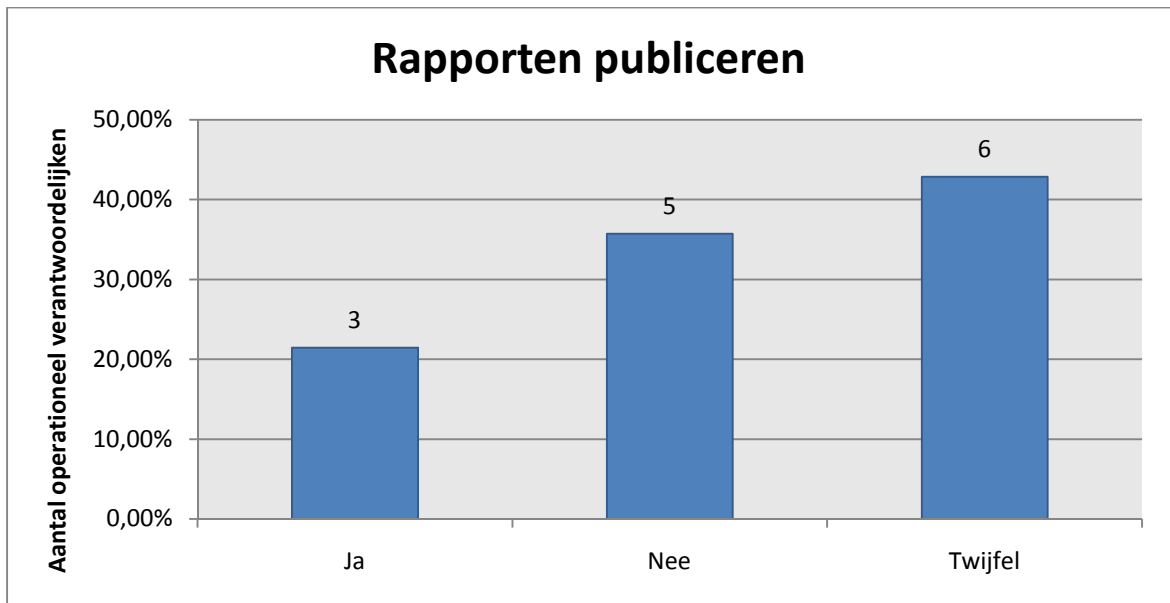
ziekenhuis zelf zou opleveren. Zij stellen dat er zowel positieve als negatieve aspecten vasthangen aan één nationaal meldsysteem, maar dat het belangrijk is dat de organisaties hier ook rijp voor moeten zijn.

Een volgende opportuniteit die besproken werd, is het betrekken van de patiënten bij het meldproces. Dit zou eventueel kunnen door patiënten de mogelijkheid te geven om van thuis uit, bijvoorbeeld via internet, een incident te laten melden. Zoals figuur 16 weergeeft, vinden negen operationeel verantwoordelijken – personen B, C, D, E, F, G, I, L en N - dit een goed idee. Zij zijn van mening dat het een enorme vooruitgang zou betekenen en stellen dat incident melden op termijn ziekenhuisoverschrijdend moet worden waarbij de patiënt, huisarts en thuisverpleegkundige betrokken kunnen worden. De voornaamste reden die gegeven wordt om deze opportuniteit als negatief te bestempelen, is het feit dat de patiënten te subjectief zullen zijn tijdens hun meldingen. Operationeel verantwoordelijken A, K en M stellen zich nog vragen bij deze opportuniteit. Volgens hen is het niet eenvoudig voor een patiënt om een incident te herkennen en om een meldformulier correct in te vullen. Ze stellen zich eveneens vragen bij de meerwaarde van dit systeem.



Figuur 16: Patiënten betrekken bij meldproces – operationeel verantwoordelijken.

Een laatste ondervraagde opportuniteit bestaat in het publiceren van rapporten door ziekenhuizen in verband met het aantal voorgevallen incidenten, het type van incidenten enzovoort. Rond deze opportuniteit geldt ook heel wat verdeeldheid. Operationeel verantwoordelijken C, I en K zien dit zeker zitten, vijf personen – D, F, H, J en M - zijn hier helemaal tegen. Zes anderen zien zowel voor- als nadelen. Deze verdeling wordt afgebeeld op figuur 17.



Figuur 17: Rapporten publiceren – operationeel verantwoordelijken.

De operationeel verantwoordelijken die dit geen goede opportuniteit vinden, zeggen dat de cultuur in Vlaanderen hier nog niet klaar voor is, maar dat het eventueel op heel lange termijn wel mogelijk zou kunnen zijn. Hun zorg is dat ziekenhuizen incidenten op verschillende manieren melden waardoor er grote verschillen kunnen ontstaan in de cijfers. Ook de rol van de media wordt als negatief element aangehaald. De media zou de cijfers kunnen misbruiken en er een sensationeel artikel over schrijven. De vrees bestaat ook dat incidenten in een verkeerde context gezien zullen worden en dat hierdoor het wantrouwen in de gezondheidszorg groot wordt. Anderen vinden het wel een goede opportuniteit en zijn van mening dat patiënten meer betrokken moeten worden in het zorgproces. Volgens hen zou door de publicatie van cijfers meer bewustwording ontstaan en zouden patiënten ook zelf gaan helpen om de zorg veiliger te maken.

➤ Bedreigingen

De belangrijkste bedreiging die door een groot aantal operationeel verantwoordelijken aangehaald wordt, is het ontbreken van een duidelijk wettelijk kader omtrent incident melden. Dit wordt door meer dan 70% van de respondenten naar voor gebracht. Men vermeldt dat het parket in principe elk moment het ziekenhuis kan binnenvallen en de meldgegevens kan misbruiken. Hiermee samenhangend vormt een volgende bedreiging het wantrouwen ten opzichte van het meldsysteem van het ziekenhuispersoneel en de cultuur die heerst binnen het ziekenhuis. Dit wordt vermeld door personen B, F, I, J en N. Mensen zijn vaak nog te bang om gestraft te worden ten gevolge van een incident en hierdoor ontstaat achterdocht. Volgens de operationeel verantwoordelijken staat of valt het hele meldsysteem met het vertrouwen van de melders in het systeem. Zolang er risico's verbonden zijn aan het melden zullen mensen minder geneigd zijn om een melding te doen. Het opstellen van een wetgeving waarin duidelijk het beleid omtrent incident melden uitgelegd wordt en waarin staat wat de rechten en plichten van melders zijn, zou volgens de meerderheid van de respondenten een groot pluspunt betekenen.

Na het uitvoeren van het onderzoek heeft er zich nog een belangrijke gebeurtenis voorgedaan in de wereld van de gezondheidssector. Op 31 maart 2010 werd de 'Wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg' doorgevoerd. Deze wet regelt de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg en wordt samengevat in bijlage 7. De vergoeding van de schade die het gevolg is van gezondheidszorg, zal betaald worden door de zorgverstreker of diens verzekeraar indien de zorgverstreker aansprakelijk wordt gesteld voor de schade. Indien de zorgverstreker niet aansprakelijk gesteld wordt, is er een Fonds dat de schade aan de patiënt zal vergoeden. Dit Fonds kan in het kader van de behandeling van een aanvraag aangaande schadevergoeding bij de aanvrager of zijn rechthebbenden, bij alle zorgverleners die betrokken zouden kunnen zijn of bij de zorgverleners die de patiënt hebben behandeld, of bij elke andere persoon alle documenten en informatie opvragen die nodig zijn om de oorzaken, omstandigheden en gevolgen van de schade als gevolg van gezondheidszorg, waarvoor de aanvraag is ingediend, te kunnen beoordelen (Belgisch Staatsblad, 2010). Wanneer dit zou inhouden dat het Fonds ook gegevens uit incident-meldingssystemen kan opvragen, zou de verontrusting van de operationeel verantwoordelijken terecht zijn. Ten gevolge hiervan zou het wantrouwen van de verpleegkundigen in de meldsystemen toenemen en het aantal meldingen dalen. Wat de werkelijke reactie op deze wet echter zal zijn, moet nog afgewacht worden.

Tabel 3 geeft een samenvatting weer van de belangrijkste aangehaalde elementen van de SWOT-analyse van de operationeel verantwoordelijken.

Tabel 3: Samenvattende tabel SWOT-analyse operationeel verantwoordelijken.

<u>STERKTES</u>	<u>ZWAKTES</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Gebruiksvriendelijkheid - Elektronisch meldsysteem - Snelheid van het meldsysteem - Mogelijkheid tot anoniem melden 	<ul style="list-style-type: none"> - Niet alle types incidenten kunnen gemeld worden - Mogelijkheid tot anoniem melden - Manuele handelingen / papieren meldsysteem - Opstelling van het meldformulier
<u>OPPORTUNITEITEN</u>	<u>BEDREIGINGEN</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Taxonomie integreren - Informaticatoepassingen aanschaffen - Koppeling meerdere elementen - Ziekenhuisoverschrijdende uitbreiding - Patiënt bij meldproces betrekken 	<ul style="list-style-type: none"> - Ontbreken van een duidelijk wettelijk kader - Wantrouwen van het personeel - Cultuur van het ziekenhuis

5.3.2 SWOT-analyse directie

➤ Sterktes

De antwoorden die de directieleden gaven in verband met de sterke punten van de meldsystemen zijn in grote mate gelijklopend. Vijf van de twaalf ondervraagde directieleden – personen A, B, D, F en O - vermelden als sterk punt het feit dat er een keuze bestaat om al dan niet anoniem te melden. Vijf anderen - directieleden B, D, H, K en O - vermelden de gemakkelijke toegankelijkheid als sterk punt. Voornamelijk wanneer het meldformulier in te vullen is via intranet, wordt er benadrukt dat iedereen dit systeem kent, dat het ook helemaal ingeburgerd is en dat iedereen toegang heeft tot intranet. De gebruiksvriendelijkheid van het meldformulier vormt een volgend sterk punt.

Directieleden A, B, H, K en O vermelden dit. Hierbij gaat het dan voornamelijk om de structuur, indeling en het intuïtief karakter van het formulier. Een laatste sterk punt dat door directieleden F en J aangehaald wordt, is het bestaan van het meldsysteem op zich. Men vindt het een enorm pluspunt dat er al een operationeel meldsysteem bestaat. Voordien was dit niet het geval en bestond er dus ook geen mogelijkheid om van de voorgevallen incidenten te leren zoals mogelijk is via een meldsysteem. Andere sterke punten die vermeld worden, zijn onder andere:

- mogelijkheid tot melden groot aantal variabelen;
- uniform melddocument voor de verschillende incidenten en afdelingen;
- opvolging mogelijk door melder zelf.

Acht van de twaalf directieleden – personen A, E, F, G, H, J, K en O - zijn van mening dat er voldoende acties ondernomen worden nadat een melding heeft plaatsgevonden. Hierbij gaat het dan om een goede analyse, duidelijke verbetermaatregelen, feedback enzovoort. Slechts twee personen vinden dat hier toch nog heel wat verbetering mogelijk is en dat er nog onbenutte groeimogelijkheden zijn.

➤ Zwaktes

De zwakke punten van het meldsysteem die vermeld worden door de directie zijn heel erg uiteenlopend. Wat vaak vermeld wordt, is het feit dat de toegankelijkheid van het meldsysteem te beperkt is. Dit wordt aangehaald door directieleden E, G en H. Er wordt een voorbeeld gegeven van een ziekenhuis waar het melden via een computer verloopt, maar het feit dat er maar één computer ter beschikking staat voor een hele groep mensen bemoeilijkt de toegankelijkheid. De tijdsinvestering om het meldformulier in te vullen komt in 33% van de gevallen naar voren als zwak punt. Volgens de directieleden beschouwen de verpleegkundigen het melden nog steeds als een extra administratieve beslommering. Ook al duurt het melden op zich maar een vijftal minuten, dit wordt toch nog door verpleegkundigen gebruikt als argument om het niet te doen. Een laatste zwak punt dat door de directieleden F en D vermeld wordt, is het feit dat er anoniem gemeld kan worden. Het nadeel van deze optie is dat men beperkt wordt voor verder onderzoek. Er kan geen contact meer opgenomen worden met de melder voor verdere informatie en dit kan de analysefase bemoeilijken.

Tot slot komen nog een aantal andere zwakke punten tot uiting, die slechts door een kleine groep directieleden aangehaald worden:

- vragenlijst te uitgebreid en te moeilijk;
- niet alle incidenten kunnen gemeld worden;
- taxonomie wordt niet toegepast;
- manuele analysefase.

➤ **Opportunities**

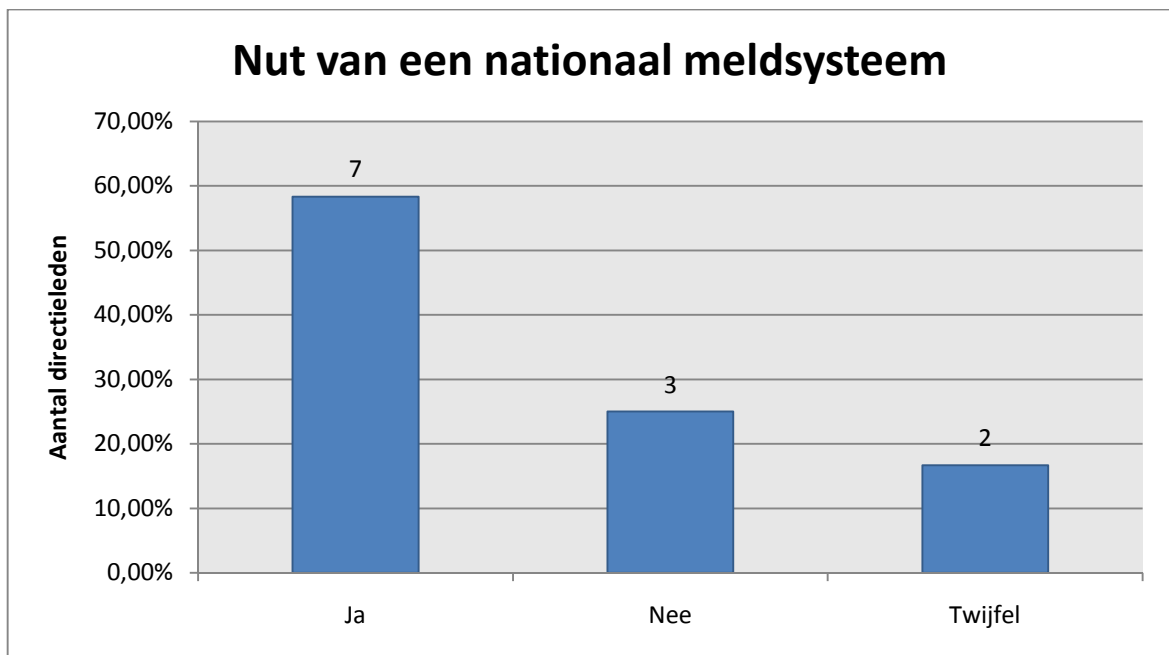
De belangrijkste opportuniteit die vermeld wordt door de directie - leden D, G en H - is de mogelijkheid om het meldsysteem nog gemakkelijker te maken. Er moet blijven gewerkt worden aan het verhogen van de gebruiksvriendelijkheid. Een tweede punt dat naar voren wordt gebracht door personen B, D en E, is het feit dat er blijvend moet gesensibiliseerd worden rond incident melden. Wanneer de personeelsleden actiepunten en verbeteringen zien, werkt dit als een motivatie naar de toekomst toe. Één van de ziekenhuizen heeft het idee om een tool in te voeren in het meldsysteem die ervoor zorgt dat men op afdelingsniveau een overzicht kan krijgen van het aantal meldingen en bijhorende verbeterinitiatieven die op de afdeling voorgevallen zijn. Hierdoor blijft men constant op de hoogte van wat er op het vlak van incident melden gebeurt en dit zou een motivatie kunnen betekenen voor de personeelsleden. Vervolgens worden er nog enkele andere opportuniteiten vermeld:

- opstellen charter;
- verbetering feedback / globale feedback;
- opmaken centrale applicatie om alle informatie in één databank te verzamelen.

De directieleden zijn het er unaniem over eens dat een cultuurverandering, naar een open cultuur, een grote verbetering teweeg zou brengen. Sommigen stellen zelfs dat dit een noodzakelijk voorwaarde is voor het optimaal functioneren van een incident-meldingssysteem.

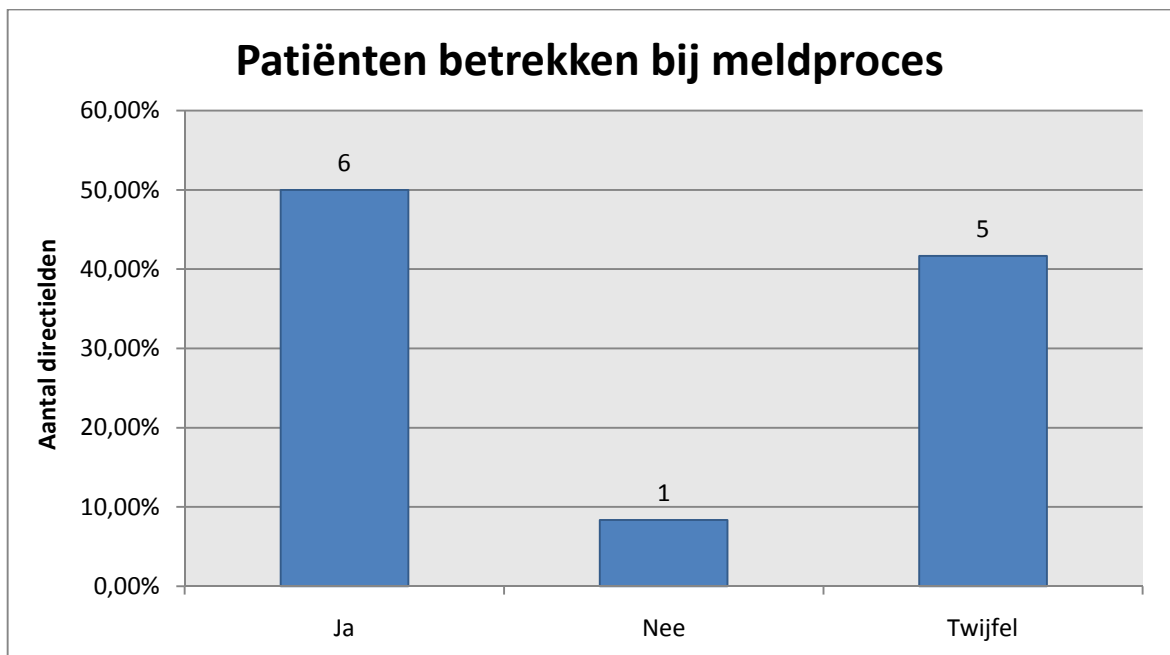
Een opportuniteit die bevestigd werd, is het opstellen van een nationaal meldsysteem. De meerderheid van de directieleden - personen A, D, F, G, H, J en O - vindt dit een goede mogelijkheid. Wel heeft men enkele bedenkingen omtrent privacy en de manier van registreren. Zo vindt één directielid een nationaal meldsysteem wel een goed idee maar enkel op voorwaarde dat er anoniem gemeld kan worden. Aan de andere kant vindt men

het ook belangrijk dat er een uniforme manier van registreren opgesteld kan worden, zoals bijvoorbeeld via de International Classification for Patient Safety van de WHO. Het grootste voordeel dat de directieleden zien in een nationaal meldsysteem, is dat men op deze manier benchmarks kan uitvoeren tussen de verschillende ziekenhuizen. Zo kan nagegaan worden welke maatregelen andere ziekenhuizen doorgevoerd hebben en kan men leren van elkaars verbeterinitiatieven. Personen C, E en I die de opportuniteit niet zo goed vinden, denken dat het onmogelijk is om dergelijk meldsysteem op te zetten en zijn van mening dat de overheid van in het begin software ter beschikking had moeten stellen voor alle ziekenhuizen. Tot slot zijn er twee directieleden die nog niet helemaal overtuigd zijn. Deze personen verklaren dat het belangrijk is dat dit nationale systeem past binnen de eigen ziekenhuiscultuur en dat er op gelet moet worden dat op deze manier lokale initiatieven niet op de achtergrond geduwd worden. Op figuur 18 wordt de verdeling van de mening van de directieleden omtrent het invoeren van een nationaal meldsysteem weergegeven.



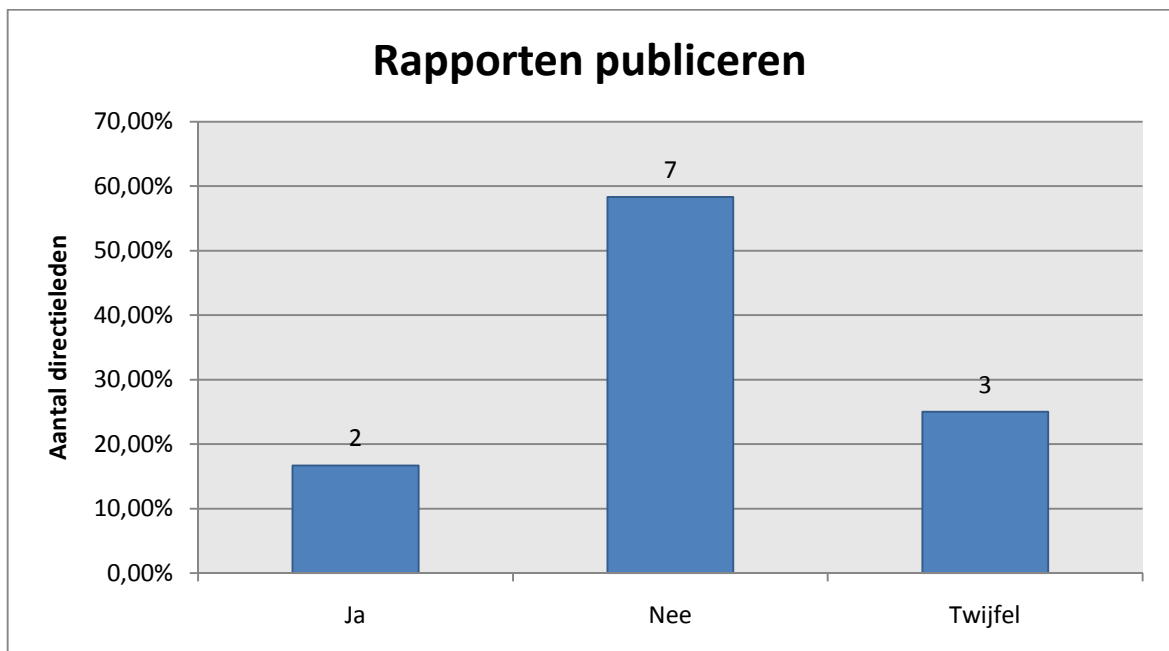
Figuur 18: Nut van een nationaal meldsysteem – directie.

De opportuniteit om patiënten dichter bij het meldproces te betrekken wordt door zes directieleden – A, B, D, F, H en K - positief onthaald, zoals afgelezen kan worden op figuur 19. Wel moet er volgens deze personen rekening gehouden worden met het feit dat het meldsysteem afgestemd moet zijn op de ombudsdienst van het ziekenhuis. Één directielid stelt vast dat er meer transparantie nodig is binnen de gezondheidszorg en dat het plichtsbewustzijn van de patiënten moet stijgen. Patiënten moeten meer bij het zorgproces betrokken worden en zelf ook verantwoordelijkheid nemen. De personen die twijfels uiten – C, E, I, J en O - zijn voornamelijk bezorgd om het feit dat het niet eenvoudig is voor patiënten om een incident te herkennen. De patiënt beschikt ook niet over het medisch vakjargon om het meldformulier correct in te vullen en daar vormt de ombudsdienst nu net een ideale hulpbron voor. De persoon die tegen het idee is, denkt dat momenteel de populatie van de patiënten hier nog niet klaar voor is. De meerderheid van de patiënten in het ziekenhuis is ouder dan 60 jaar en deze personen zijn nog niet zo vertrouwd met het werken via een computer.



Figuur 19: Patiënten betrekken bij meldproces – directie.

Een laatste opportuniteit die voorgesteld werd, is het publiceren van rapporten door ziekenhuizen in verband met het aantal incidenten die voorvallen en het type van incidenten. Enkel directieleden J en K vinden dit een goed idee. Deze personen stellen dat het belangrijk is dat het ziekenhuis naar transparantie streeft. Meer dan de helft van alle directieleden – personen B, C, E, G, H, I en O - vindt dit geen goed voorstel. Hierbij komen verschillende argumenten naar voren. Er wordt vermeld dat wanneer de maatschappij enkel de cijfers zou zien, alles in twijfel getrokken zou worden en het vertrouwen in ziekenhuizen en de zorgsector zou verdwijnen. Een ander aangehaald argument bestaat erin dat elk ziekenhuis zijn eigen manier van rapporteren heeft met betrekking tot incidenten. Wanneer deze voor elk ziekenhuis op een website worden geplaatst, is het mogelijk dat derden niet vergelijkbare cijfers met elkaar gaan vergelijken. Ziekenhuizen gaan de cijfers dan ook beginnen te manipuleren of zelfs bepaalde patiëntengroepen die risicovol zijn niet meer opnemen omdat de kans op incidenten hierdoor toeneemt. De drie overblijvende personen zijn van mening dat het belangrijk is dat alle factoren die rond het incident hangen ook vermeld worden bij de cijfers en dat dit een moeilijke opdracht vormt. De media speelt hier volgens hen ook een belangrijke rol in. Wanneer zij de gepubliceerde cijfers sensationeel naar voor brengen dan is deze opportuniteit zeker niet positief voor de ziekenhuizen. Figuur 20 geeft de mening van de directieleden weer omtrent het publiceren van rapporten.



Figuur 20: Rapporten publiceren – directie.

➤ Bedreigingen

De belangrijkste bedreiging die naar voren komt bij de ondervraging van de directie ligt in het feit dat het succes van het meldsysteem volledig afhankelijk is van de melders. Deze bedreiging wordt aangehaald door personen F, G, J en K. Wanneer er geen vertrouwen is in het meldsysteem, de drempel tot het melden te hoog is, het invullen van het meldformulier te moeilijk of de mensen het melden gewoon niet belangrijk vinden, dan gaat heel het systeem verzwakken. Een volgende bedreiging, aangehaald door persoon A, ligt in het feit dat het parket de mogelijkheid heeft om gegevens van meldformulieren op te vragen. Wanneer dit zou gebeuren, zou het vertrouwen in het meldsysteem volledig verdwijnen en zullen de personeelsleden niet langer melden. Het niet benutten van leermogelijkheden vormt een volgende bedreiging. Dit zou tot gevolg hebben dat men de mogelijkheden die een meldsysteem biedt niet optimaal zou benutten. Tot slot zijn er nog enkele andere bedreigingen die vermeld worden door de directieleden, waaronder:

- onvoldoende feedback waardoor de motivatie daalt;
- wijze waarop directie omgaat met meldsysteem;
- geen duidelijke grens tussen het omgaan met fouten in een constructieve en sanctionerende sfeer.

Wanneer gevraagd werd of het feit dat er nog geen goede wettelijke bescherming bestaat voor de melders een bedreiging vormt, kwamen uiteenlopende antwoorden naar voren. Vier directieleden – A, C, E en G - vinden dat een wet waarin duidelijk wordt uitgelegd wat de rechten en de plichten van de melder zijn nodig is. Het feit dat er momenteel nog geen wet bestaat, wordt door enkelen toch als een bedreiging beschouwd. Vijf directieleden – B, D, H, J en O - vinden het feit dat er geen wetgeving bestaat geen bedreiging voor het meldsysteem. Zij vermelden dat de melders nog altijd de mogelijkheid hebben om anoniem te melden en op deze manier sowieso beschermd zijn. Wanneer er een wet hieromtrent opgesteld zou worden, zou dit net tot meer wantrouwen kunnen leiden. Sommigen vermelden ook dat het melden puur gaat om een professionele ingesteldheid en niets te maken heeft met het al dan niet bestaan van een wetgeving.

Zoals bij de operationeel verantwoordelijken reeds gesteld werd, zou de recente invoering van de 'Wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg' van 31 maart 2010 een grote invloed kunnen hebben op het gebruik van de meldsystemen. Zoals reeds vermeld, kan het Fonds in het kader van de behandeling van een aanvraag aangaande schadevergoeding bij de aanvrager of zijn rechthebbenden, bij alle zorgverleners die betrokken zouden kunnen zijn of bij de zorgverleners die de patiënt hebben behandeld, of bij elke andere persoon alle documenten en informatie opvragen die nodig zijn om de oorzaken, omstandigheden en gevolgen van de schade als gevolg van gezondheidszorg, waarvoor de aanvraag is ingediend, te kunnen beoordelen. Dit zou tot gevolg kunnen hebben dat het wantrouwen van de verpleegkundigen in de meldsystemen gaat toenemen en het aantal meldingen gaat dalen. Als reactie hierop is het mogelijk dat het aantal directieleden die van mening zijn dat er nood is aan een duidelijke wetgeving en bescherming omtrent incident melden gevoelig gaat toenemen. Aan de andere kant zouden deze mensen nog steeds van mening kunnen zijn dat anoniem melden een uitweg is en dat het melden een professionele ingesteldheid moet zijn. Wat de werkelijke reactie zal zijn, zal afgewacht moeten worden.

In tabel 4 wordt een samenvatting gegeven van de SWOT-analyse uitgevoerd door de directieleden.

Tabel 4: Samenvattende tabel SWOT-analyse directie.

<p style="text-align: center;"><u>STERKTES</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Mogelijkheid tot anoniem melden- Toegankelijkheid- Gebruiksvriendelijkheid- Bestaan van het meldsysteem op zich	<p style="text-align: center;"><u>ZWAKTES</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Mogelijkheid tot anoniem melden- Toegankelijkheid- Tijdsinvestering
<p style="text-align: center;"><u>OPPORTUNITEITEN</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Gebruiksvriendelijkheid doen toenemen- Sensibiliseren- Meer actiepunten en verbeteringen tonen- Invoeren nationaal meldsysteem- Patiënten betrekken bij meldproces	<p style="text-align: center;"><u>BEDREIGINGEN</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Afhankelijkheid van het personeel- Parket kan gegevens opvragen- Onvoldoende benutten van leermogelijkheden

5.3.3 SWOT-analyse verpleegkundig personeel

➤ Sterktes

De sterke punten die de verpleegkundigen aanhalen aangaande de meldsystemen zijn vrij gelijklopend. Vier van de tien verpleegkundigen – personen D, E, M en O - vinden de gebruiksvriendelijkheid van het meldsysteem een erg sterk punt. Hierbij gaat het over het feit dat de vragen van het meldformulier duidelijk geformuleerd zijn, dat er gewerkt wordt met zowel gestructureerde vragen als vrije tekst en dat het systeem op zich duidelijk is. Ook de toegankelijkheid van het meldformulier wordt door vier verpleegkundigen – B, E, L en M - naar voren gebracht. In sommige ziekenhuizen kan er gemeld worden via de telefoon, via e-mail, elektronisch of via de hoofdverpleegkundigen. Ook aan anoniem melden hechten verschillende ondervraagde verpleegkundigen – B, F en L - veel belang. Zij stellen dat dit een manier is om mensen te overtuigen om te melden en dat het ziekenhuis zo kan tonen dat melden echt belangrijk is.

Andere sterke punten die aan bod komen, zijn onder andere:

- goede feedback;
- aangepast meldformulier voor de verschillende afdelingen;
- elektronisch melden;
- melding komt in databank en er kan onmiddellijk een overzicht verkregen worden van het aantal meldingen.

Acht van de tien verpleegkundigen – personen B, C, D, E, F, G, L en O - zijn van mening dat er voldoende acties ondernomen worden nadat een melding heeft plaatsgevonden. Hier wordt ook veel belang aan gehecht door de verpleegkundigen. Ze stellen dat wanneer ze het idee hebben dat er niets met de meldingen gebeurt, er in de toekomst gewoon niet meer gemeld zal worden.

➤ Zwaktes

De tijd die verpleegkundigen moeten vrijmaken om het meldformulier in te vullen blijkt de grootste zwakte te zijn volgens respondenten A, F, L en O. Er wordt gesteld dat verpleegkundigen zich echt moeten engageren om het verhaal van het incident neer te schrijven en dat dit nog niet in de cultuur ingebakken zit. Ook de opstelling van het meldformulier wordt door de helft van de verpleegkundigen – personen B, C, F, G en L - als zwakte gezien. Hierbij wordt vermeld dat het formulier te omslachtig is, niet gebruiksvriendelijk, dat er te veel herhalingen in zitten, dat alle gegevens manueel ingevuld moeten worden, dat er geen lijstjes beschikbaar zijn om gewoon de juiste optie aan te vinken en dat de vragenlijst gewoon te moeilijk is. Ook vermelden de verpleegkundigen dat er te weinig rapportering is van near misses onder meer omwille van de tijdsinvestering om het formulier in te vullen. Onder andere volgende zwaktes worden ook vermeld:

- onvoldoende duidelijkheid over wat gemeld moet worden;
- geen feedback voor anonieme melders;
- onvoldoende bekendheid van het systeem ;
- wantrouwen van de verpleegkundigen.

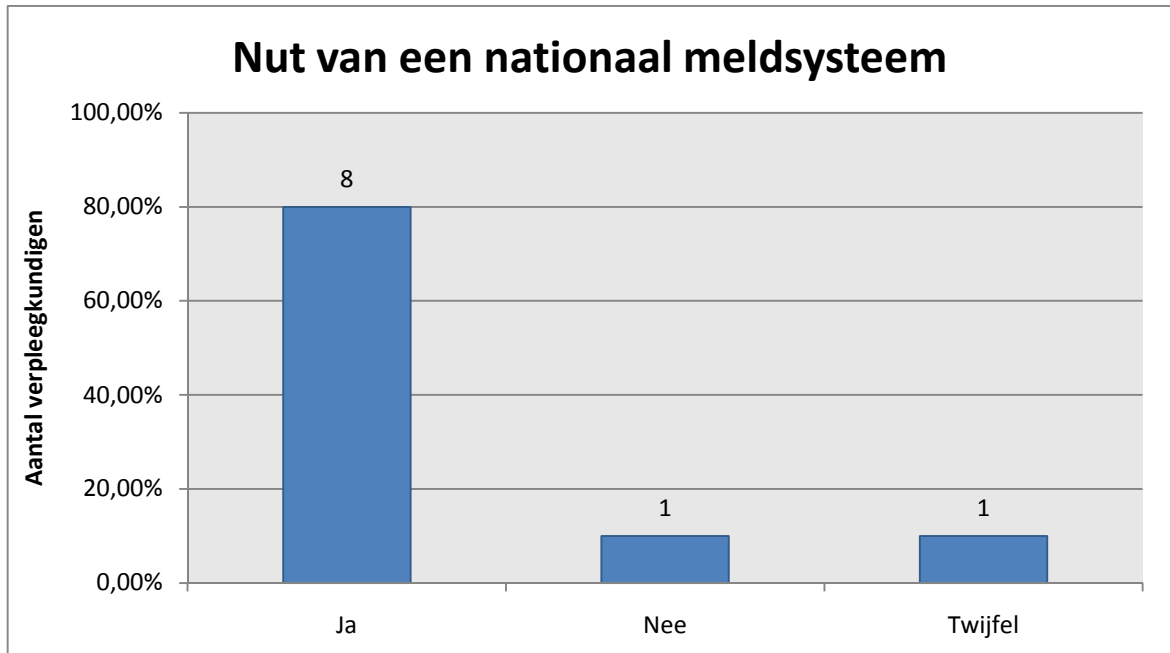
➤ **Opportunities**

De opportunity die het vaakst vermeld wordt door de verpleegkundigen is een aanpassing van het meldformulier zelf. Deze opportunity wordt vermeld door verpleegkundigen B, C, D en G. Door aanpassingen door te voeren zoals het minder omslachtig maken van het meldformulier, werken met vooropgestelde vragen en het invoeren van keuzevariëteiten wordt het invullen van het formulier gemakkelijker voor de verpleegkundigen en zal de drempel om te melden lager zijn. Het invoeren van een elektronisch meldsysteem blijkt ook een belangrijke mogelijkheid te zijn volgens de verpleegkundigen. Hierdoor zou de tijd die geïnvesteerd moet worden in het invullen van het meldformulier afnemen. Andere opportunities die naar voren komen, zijn:

- opstellen van een lijst met elementen die gemeld moeten worden;
- invoeren van een tool om onmiddellijk na de melding een overzicht te krijgen van het aantal incidenten die er voorgevallen zijn, de genomen verbetermaatregelen enzovoort.

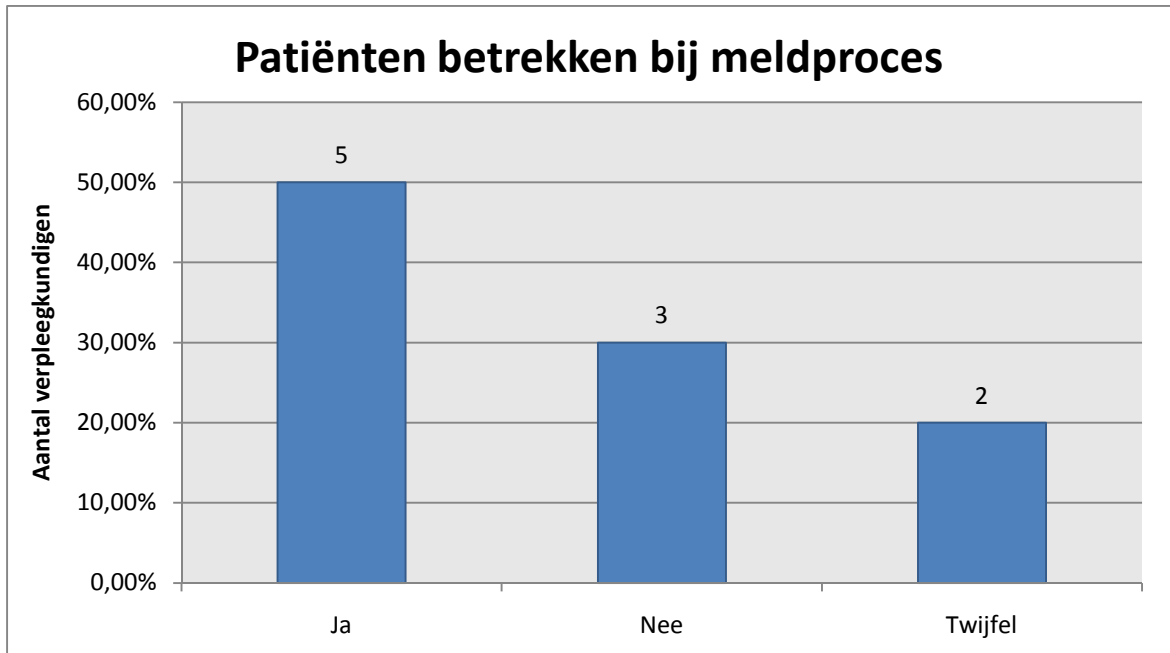
De verpleegkundigen zijn het er unaniem over eens dat een cultuurverandering, naar een open cultuur, een verbetering teweeg zou brengen voor het meldsysteem. Wanneer er een open cultuur zou heersen binnen de ziekenhuizen, zouden de verpleegkundigen ongeremd een melding kunnen doen van een incident zonder wantrouwend te zijn.

Zoals figuur 21 weergeeft, vinden acht op tien verpleegkundigen – B, C, D, E, F, G, L en O - het een goed idee om één nationaal meldsysteem in te voeren. Er wordt aangehaald dat een nationaal meldsysteem een stuk gemakkelijker zou zijn ten opzichte van de huidige situatie. Een andere verpleegkundige vindt dit een logische volgende stap in heel het meldproces. De verpleegkundigen die niet overtuigd zijn, zien het nut van dergelijk systeem niet in. Men is niet zeker of het systeem wel een toegevoegde waarde zal opleveren voor het ziekenhuis.



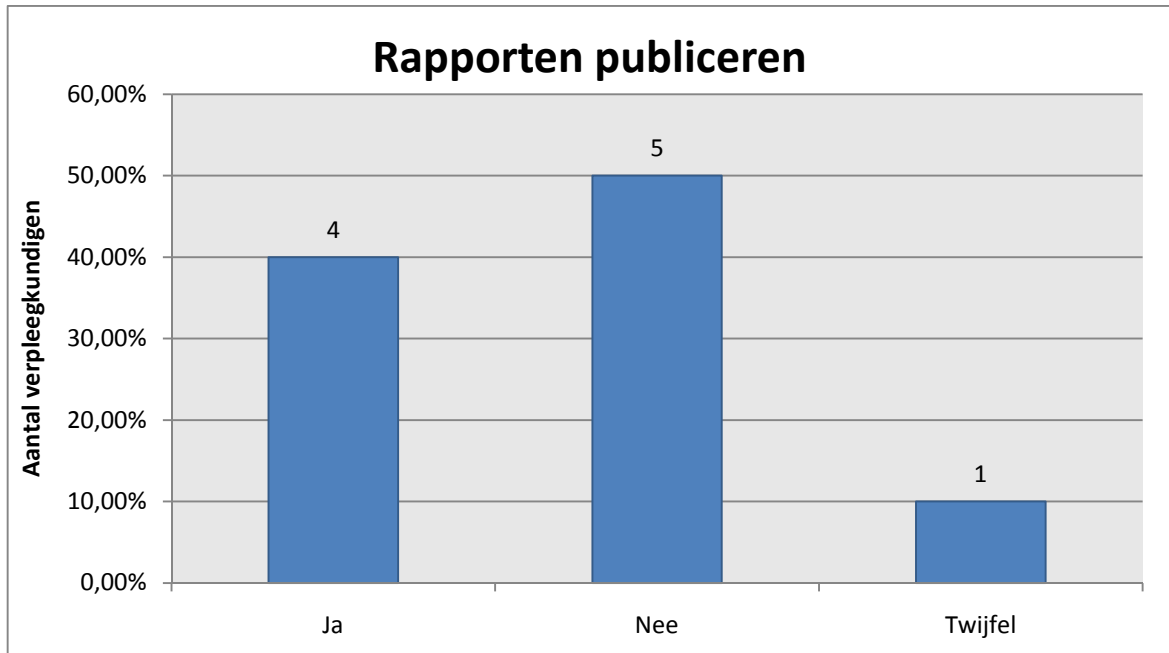
Figuur 21: Nut van een nationaal meldsysteem – verpleegkundigen.

Een andere opportuniteit die besproken werd, is het betrekken van de patiënten bij het meldproces. De helft van de verpleegkundigen - personen B, C, D, E en M - is overtuigd dat dit een goede opportuniteit is mits men wel bewaakt dat de meldingen waarheidsgetrouw zijn. Er wordt ook benadrukt dat men binnen de ziekenhuizen nu al zoveel mogelijk probeert om patiënten te betrekken bij het zorgproces. Één iemand vindt het wel een goede mogelijkheid maar heeft het idee dat het beter zou zijn wanneer de patiënt samen met een verpleegkundige een melding zou doen. Een verpleegkundige die het geen goede opportuniteit vindt, is van mening dat het huidige publiek hier nog niet klaar voor is. Figuur 22 geeft de meningen van de verpleegkundigen weer omtrent het betrekken van de patiënten bij het meldproces.



Figuur 22: Patiënten betrekken bij meldproces – verpleegkundigen.

De opportuniteit om rapporten bekend te maken in verband met het aantal en type van incidenten stoot op meer verdeeldheid zoals aangetoond wordt door figuur 23. 50% van de verpleegkundigen – personen A, C, D, F en G - vindt dit geen goed idee. Zij zijn van mening dat mensen schrik zullen krijgen en de gegevens moeilijk kunnen relativeren. De rol van de media komt ook hier weer aan bod. Deze zou een belangrijke invloed kunnen spelen op het feit of de samenleving de gegevens al dan niet gaat aanvaarden. Er wordt ook geopperd dat verzekeringsmaatschappijen deze cijfers zullen bekijken en hier rekening mee houden. Wanneer ziekenhuizen dit weten, gaan ze op hun beurt minder meldingen doorgeven. De voorstanders – personen B, E, L en O - zijn van mening dat wanneer de incidenten duidelijk gekaderd worden en er duidelijk vermeld wordt wat er aan de incidenten gedaan wordt, dit een veiligheidscultuur gaat bevorderen.



Figuur 23: Rapporten publiceren – verpleegkundigen.

➤ Bedreigingen

Het wantrouwen van de verpleegkundigen in het incident-meldingssysteem blijkt de belangrijkste bedreiging te zijn volgens de verpleegkundigen zelf. Verpleegkundigen A, C, G, L en O halen dit aan. Verpleegkundigen hebben momenteel nog maar weinig vertrouwen in het systeem en vrezen dat de meldingen misbruikt zullen worden. De helft van de respondenten bevestigt dit en verklaart dat er hierdoor nog steeds veel angst bestaat om te melden. Een andere bedreiging die de verpleegkundigen vermelden, is het feit dat wanneer men de verpleegkundigen zou verplichten hun identiteit bekend te maken wanneer ze melden, het volledige systeem in elkaar zal vallen. Omwille van het gebrek aan vertrouwen dat momenteel nog heerst, zijn verpleegkundigen toch wat sceptisch om hun naam te vermelden. Het ontbreken van een duidelijke wetgeving omtrent de rechten en de plichten van de melders wordt door vier – personen A, C, G en O - van de tien verpleegkundigen vermeld als een bedreiging. Vier andere personen zien dit dan weer helemaal niet als een bedreiging. Volgens hen zal een wet weinig verschil maken en bestaat er nu al de keuze om anoniem te melden. Eén van deze personen is van mening dat transparantie creëren veel belangrijker is dan het opstellen van een wet.

Zoals net gezegd kan er vastgesteld worden dat het wantrouwen van de verpleegkundigen in de incident-meldingssystemen nu reeds een belangrijke bedreiging vormt voor de meldsystemen zelf. Wanneer het Fonds dat opgericht wordt bij de 'Wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg' zonder meer de gegevens die verzameld werden via de meldsystemen zou kunnen opvragen, zou dit wantrouwen alleen maar toenemen. Het lage vertrouwen dat verpleegkundigen nu hebben, zal geschaad worden en het aantal incident meldingen zal sterk teruglopen. Voor deze personen is het dus van groot belang dat er eerst duidelijke regels worden vastgelegd omtrent de informatie die verzameld wordt via de incident-meldingssystemen.

Tabel 5 geeft een overzicht van de resultaten van de SWOT-analyse door de verpleegkundigen.

Tabel 5: Samenvattende tabel SWOT-analyse verpleegkundigen.

<p style="text-align: center;"><u>STERKTES</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Gebruiksvriendelijkheid- Toegankelijkheid- Keuze om anoniem te melden	<p style="text-align: center;"><u>ZWAKTES</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Tijdsinvestering- Opstelling van het meldformulier- Onderrapportage van near misses
<p style="text-align: center;"><u>OPPORTUNITEITEN</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Meldformulier aanpassen- Elektronisch meldsysteem- Nationaal meldsysteem- Patiënten betrekken bij meldproces	<p style="text-align: center;"><u>BEDREIGINGEN</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Wantrouwen van melders- Verplichting identiteit bekend te maken bij melding- Ontbreken van wetgeving

5.3.4 Vergelijking van de SWOT-analyses

Wanneer de SWOT-analyses van de verschillende personeelsleden met elkaar vergeleken worden, kunnen er enkele opmerkelijke vaststellingen gedaan worden. Uit de interviews blijkt dat aan bepaalde zaken door alle groepen personeelsleden belang wordt gehecht alsook dat er soms heel erg uiteenlopende meningen zijn.

Meer dan 70% van de operationeel verantwoordelijken en directieleden geven in het interview aan dat het doel van hun meldsysteem erin bestaat een cultuurverandering in het ziekenhuis teweeg te brengen. Deze personen halen aan dat men wil proberen om van het ziekenhuis een lerende organisatie te maken, om op deze manier te leren uit de incidenten die voorvallen en het aantal incidenten te doen dalen. Volgens deze respondenten is de cultuurverandering het beoogde doel en het incident-meldingssysteem een hulpmiddel om dit doel te bereiken. Van de verpleegkundigen is 50% overtuigd dat het nut van het meldsysteem erin bestaat om de cultuur te veranderen. 40% van de verpleegkundigen vermeldt dat het doel van het meldsysteem tweevoudig is. Zij gaan ervan uit dat zowel een cultuurverandering als een daling van het aantal incidenten een doelstelling vormt. Bij de operationeel verantwoordelijken en de directieleden volgt slechts een kleine minderheid deze stelling.

Voor de verdere vergelijking van de SWOT-analyses wordt opnieuw een opsplitsing gemaakt naar sterktes, zwaktes, opportuniteiten en bedreigingen.

➤ Sterktes

Alle drie de groepen personeelsleden halen gebruiksvriendelijkheid aan als sterk punt van het meldsysteem. Er wordt door iedereen belang gehecht aan de structuur van het meldformulier, de opstelling van de vragenlijst, de volgorde van de vragen enzovoort. Door hier belang aan te hechten kan de tijd die nodig is om een melding te doen verminderd worden. De keuze om al dan niet anoniem te melden wordt ook door de drie groepen vermeld. Overduidelijk is dat zowel de directie als de verpleegkundigen hier veel meer belang aan hechten. Bij deze personeelsleden vindt ongeveer 40% van de ondervraagden dit belangrijk ten opzichte van slechts 14% van de operationeel verantwoordelijken. Zowel de directie als de verpleegkundigen vermelden de toegankelijkheid van het meldsysteem als een sterk punt, de operationeel

verantwoordelijken vermelden dit niet als sterkte. Wat bijzonder is, is dat de directie aanhaalt dat het feit dat er een uniform melddocument bestaat voor alle verschillende afdelingen een sterk punt is. De verpleegkundigen vermelden daarentegen dat het feit dat het meldformulier aangepast is aan de verschillende afdelingen een sterk punt vormt.

➤ Zwaktes

Wat betreft een vergelijking van de zwakke punten die werden aangehaald, zijn er zowel elementen die door iedereen beaamd worden als zaken waar slechts één groep personeelsleden aandacht aan besteed. De keuze om al dan niet anoniem te melden wordt, zoals reeds vermeld, door de drie groepen van personeelsleden als een sterk punt beschouwd. Wat opvalt, is dat zowel de operationeel verantwoordelijken als de directieleden deze optie tegelijkertijd ook als zwak punt van het meldsysteem aanhalen. Zij stellen dat hierdoor geen contact meer met de melder kan opgenomen worden voor eventuele bijkomende informatie en dat de analyse hierdoor bemoeilijkt wordt. De verpleegkundigen beschouwen deze optie enkel maar als een pluspunt van het systeem. De tijdsinvestering voor het invullen van het meldformulier wordt door de verpleegkundigen als voornaamste zwakte aangeduid maar ook de directieleden halen dit aan als zwak punt. Beide groepen vinden dat deze tijdsinvestering als een belangrijk verbeterpunt beschouwd kan worden. Zowel de operationeel verantwoordelijken als de verpleegkundigen vinden de opstelling van het meldformulier een belangrijk nadelig punt van het meldsysteem. Beiden zijn het erover eens dat de structuur van het meldsysteem niet optimaal is. Toch is dit een belangrijk aspect aangezien dit ervoor zorgt dat de tijd voor het invullen van het meldformulier toeneemt en dat wordt net door de verpleegkundigen als belangrijk nadeel beschouwd. Het feit dat er slechts een beperkt aantal type incidenten gemeld kunnen worden, wordt enkel door de operationeel verantwoordelijken aangehaald als nadelig punt. De directieleden halen dit slechts vluchtig aan. De verpleegkundigen blijken dit helemaal geen nadeel te vinden. Wat merkwaardig is, is dat 71% van de operationeel verantwoordelijken van mening is dat er nog onvoldoende acties ondernomen worden nadat een melding heeft plaatsgevonden. Daarentegen is 66,66% van de directieleden en zelfs 80% van de verpleegkundigen van mening dat er net wel voldoende acties ondernomen worden. Dit is opmerkelijk aangezien de verpleegkundigen de personen zijn die dagelijks in de praktijk staan en de verbeterpunten werkelijk zien.

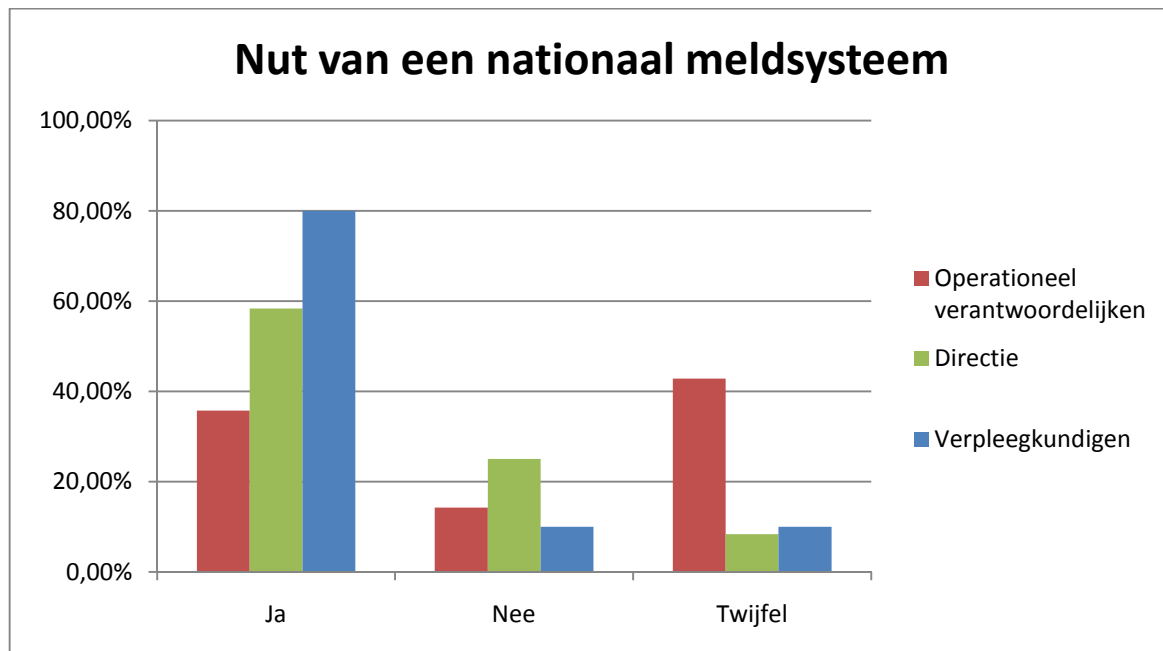
➤ **Opportunities**

Wat de mogelijkheden betreft, lopen de meningen van de drie groepen personeelsleden heel erg uit elkaar. Alleen het overschakelen naar een elektronisch meldsysteem en het aanpassen van het meldformulier komt in meerdere groepen terug. Zowel de operationeel verantwoordelijken als de verpleegkundigen vinden een overschakeling naar een elektronisch incident-meldingssysteem een goede mogelijkheid naar de toekomst toe. De verpleegkundigen vermelden dat hierdoor de tijdsinvestering voor het rapporteren gereduceerd zal worden. De directieleden en de verpleegkundigen halen aan dat het meldformulier en de gebruiksvriendelijkheid ervan nog verbeterd moet worden. De verpleegkundigen vermelden dat ook op deze manier de tijd voor het invullen van het meldformulier kan teruggedrongen worden. Zo zou men kunnen werken met vooropgestelde vragen of aanvinksystemen of de vragenlijst volledig kunnen simplificeren. Een belangrijke mogelijkheid naar de toekomst toe, het uitbreiden van het incident-meldingssysteem naar andere elementen zoals bijvoorbeeld arbeidsongevallen, wordt enkel door de operationeel verantwoordelijken aangehaald. De andere personeelsleden brengen deze mogelijkheid niet naar voren.

Alle respondenten zijn het er unaniem over eens dat een cultuurverandering, naar een open cultuur waarin veiligheid prioriteit is, een verbetering voor het meldsysteem zou teweeg brengen. Volgens verschillende operationeel verantwoordelijken en directieleden is dit een essentieel punt in het meldverhaal, een noodzakelijke voorwaarde. Door dergelijke cultuurverandering door te voeren, zal het aantal meldingen zienderogen toenemen. De verpleegkundigen vermelden dat deze open cultuur ervoor zou zorgen dat verpleegkundigen minder wantrouwend staan ten opzichte van incident melden. Men is het er over eens dat deze cultuurverandering jaren in beslag gaat nemen. Volgens sommige directieleden en operationeel verantwoordelijken valt er al een verandering waar te nemen binnen het ziekenhuis. De verpleegkundigen die op de werkvloer staan, hebben anderzijds het gevoel dat er nog niet veel aan het veranderen is.

Figuur 24 toont aan hoe de drie verschillende groepen personeelsleden denken over de mogelijkheid van het invoeren van één nationaal meldsysteem. Opvallend is dat vooral de verpleegkundigen dit een goede mogelijkheid vinden, 80% van hen is overtuigd. Ook de meerderheid van de directieleden gelooft in deze mogelijkheid. Van de ondervraagde operationeel verantwoordelijken is slechts een minderheid overtuigd van de meerwaarde

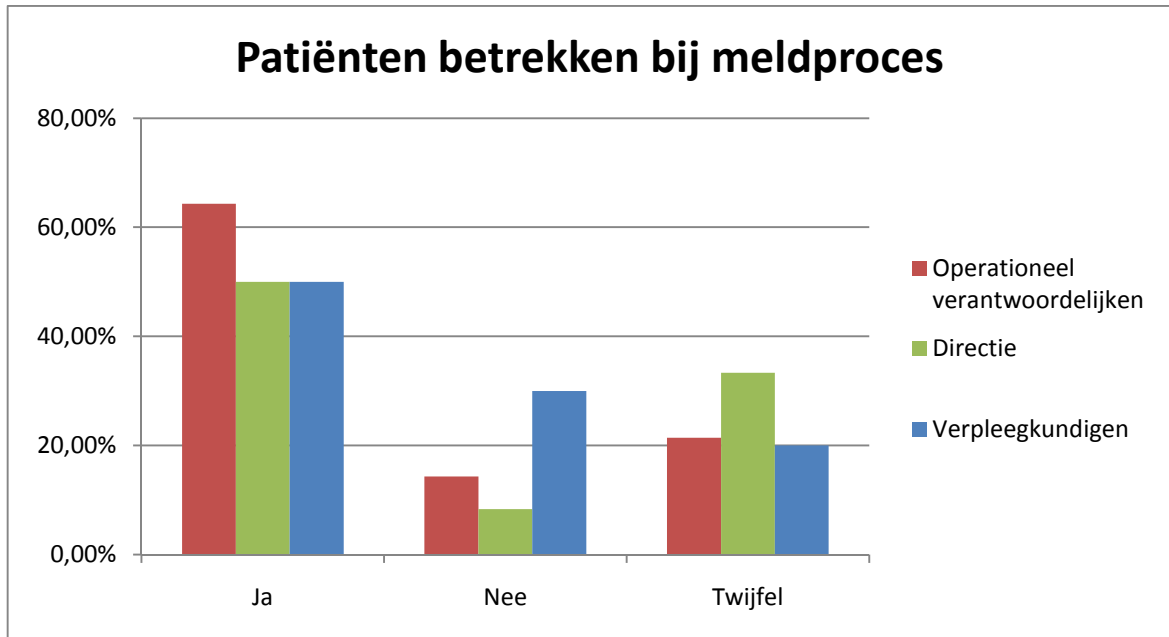
van een nationaal meldsysteem. Iets meer dan 40% van de operationeel verantwoordelijken twijfelt nog. Wat ook opmerkelijk is, is dat één vierde van de directieleden deze opportuniteit helemaal niet ziet zitten.



Figuur 24: Nut van een nationaal meldsysteem – vergelijking.

De directieleden en operationeel verantwoordelijken zien vooral voordelen omtrent benchmarking in deze opportuniteit. De bedenking die zowel aan de kant van de verpleegkundigen als operationeel verantwoordelijken geuit wordt, is welke meerwaarde dit nationale systeem zou opleveren.

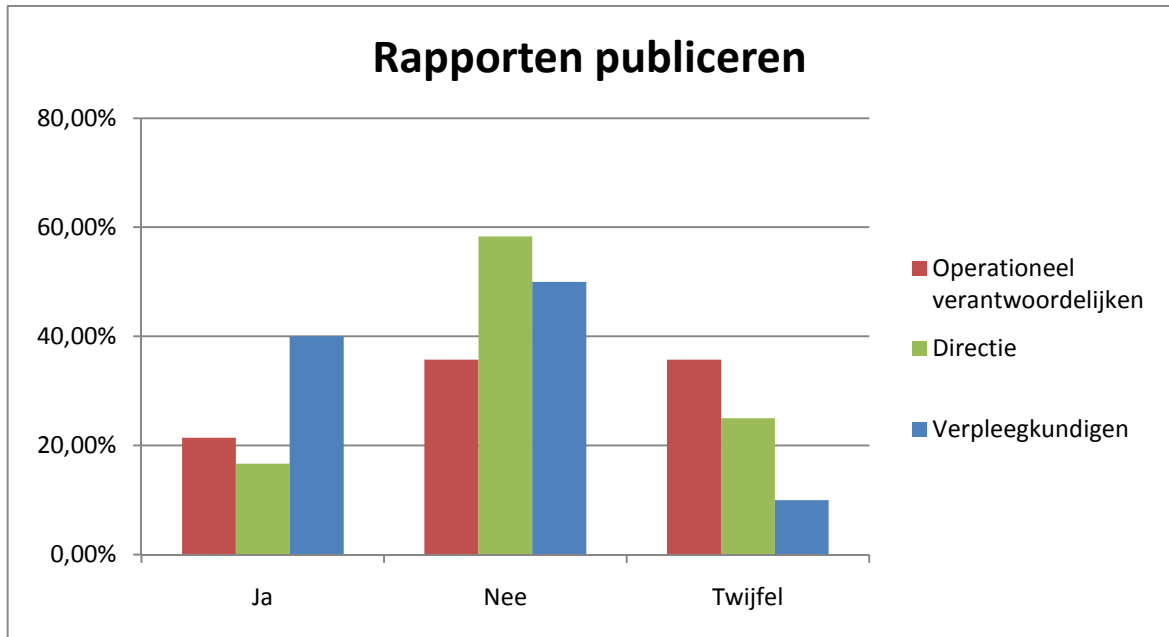
Wanneer gekeken wordt naar de opportuniteit om patiënten dichter bij het meldproces te betrekken, zijn er meer overeenkomsten waar te nemen tussen de drie groepen personeelsleden. De meerderheid van de operationeel verantwoordelijken is ervan overtuigd dat dit een goede opportuniteit vormt. Deze mening wordt gedeeld door 50% van de directieleden en verpleegkundigen. Ongeveer één derde van de verpleegkundigen vindt dit helemaal geen goed idee ten opzichte van slechts 14% van de operationeel verantwoordelijken en 8% van de directieleden. Bij de directieleden is er nog twijfel waar te nemen omtrent deze opportuniteit bij ongeveer 33%. Bij de andere groepen personeelsleden schommelt het aantal personen die nog twijfelen over deze mogelijkheid rond de 20%. Figuur 25 geeft de verdeling van deze meningen weer.



Figuur 25: Patiënten betrekken bij meldproces – vergelijking.

Zowel bij de directieleden als bij de verpleegkundigen wordt het argument aangehaald dat de huidige patiëntenpopulatie hier nog niet klaar voor is. Zij stellen dat een meerderheid van de huidige patiënten niet vertrouwd is met het werken met een computer. Voor deze personen zal het uitvoeren van een melding dus ook niet eenvoudig zijn. Zowel de operationeel verantwoordelijken als de directieleden halen aan dat het niet eenvoudig is voor een patiënt om een incident te herkennen en het meldformulier correct in te vullen. Anderzijds wordt door een groot aantal personen vermeld dat ziekenhuizen meer transparantie moeten creëren en patiënten meer bij het zorgproces moeten betrekken.

Wat de opportuniteit van het publiceren van rapporten door de ziekenhuizen betreft, kan waargenomen worden op figuur 26 dat bijna 60% van de directieleden dit geen goed idee vindt. De helft van de verpleegkundigen reageert ook negatief op deze mogelijkheid. De mening van de operationeel verantwoordelijken is eerder verdeeld te noemen. Daar stelt 35% dat dit geen goede opportuniteit is maar eenzelfde hoeveelheid twijfelt nog over de mogelijkheid.



Figuur 26: Rapporten publiceren – vergelijking.

Zowel de operationeel verantwoordelijken als de directieleden die twijfels uiten over deze mogelijkheid vragen zich af of dit wel een goede opportuiniteit is aangezien ziekenhuizen incidenten op verschillende manieren registreren en cijfers hierdoor niet zomaar vergelijkbaar zijn. De vrees dat de media de gegevens zou misbruiken om sensationele artikels te schrijven wordt door alle groepen personeelsleden aangehaald. Ook het feit dat de samenleving de zorgsector gaat wantrouwen wanneer de cijfers gepubliceerd zouden worden, speelt voor alle groepen een aanzienlijke rol.

➤ Bedreigingen

De bedreiging die bij alle groepen personeelsleden terugkomt, is het feit dat het succes van het meldsysteem afhankelijk is van de melders en dat er momenteel nog teveel wantrouwen is van de melders in het systeem. Volgens al de groepen personeelsleden hebben veel verpleegkundigen momenteel nog het idee dat het meldsysteem sanctionerend gebruikt zal worden. De verpleegkundigen halen dit zelf ook aan. Een groot aantal respondenten in alle groepen personeelsleden vermeldt dat het ontbreken van een duidelijke wetgeving omtrent incident melden als een bedreiging wordt beschouwd. Het opstellen van een duidelijk juridische kader waarin de rechten en de

plichten van de melders omschreven worden, is volgens hen zeker nodig. Het feit dat het parket in principe de mogelijkheid heeft om zomaar een ziekenhuis binnen te vallen en gegevens van incident meldingen kan opvragen, wordt door de operationeel verantwoordelijken en de directieleden aangehaald als bedreiging. Dit vormt een belangrijk heikel punt en er wordt gesteld dat wanneer dit ooit moest gebeuren het vertrouwen van de verpleegkundigen in de meldsystemen volledig zou verdwijnen.

Tabel 6 geeft een overzicht weer van de belangrijkste overeenkomsten en verschillen tussen de 3 groepen personeelsleden.

Tabel 6: Overeenkomsten en verschillen tussen respondenten.

<u>Overeenkomsten respondenten</u>	<u>Verschillen respondenten</u>
Doel meldsysteem bestaat in het teweeg brengen van een cultuurverandering	Uniform melddocument voor heel ziekenhuis positief ↔ aangepast document per afdeling positief
Gebruiksvriendelijkheid van de systemen vormt sterk punt	Melding beperkt aantal type incidenten zwak punt ↔ beperkt aantal type geen zwak punt
Keuze om anoniem te melden vormt sterk punt	Keuze anoniem melden ook zwak punt ↔ keuze anoniem melden enkel sterk punt
Opportunititeit omtrent het nut van een cultuurverandering positief	Voldoende acties ondernomen na melding ↔ onvoldoende acties ondernomen
Opportunititeit om patiënten dichterbij het meldproces te betrekken positief	Nationaal meldsysteem goede opportuniteit ↔ geen goede opportuniteit
Bedreiging dat succes meldsysteem afhankelijk is van melders	Rapporten publiceren goede opportuniteit ↔ geen goede opportuniteit
Bedreiging van het ontbreken van een duidelijke wetgeving	Weinig overeenkomsten omtrent zwakke punten tussen de 3 groepen

5.4 Vergelijking resultaten 7-module raamwerk en SWOT-analyses

Wanneer gekeken wordt naar de verschillen tussen grote en kleine ziekenhuizen alsook tussen universitaire en niet-universitaire ziekenhuizen, kan besloten worden dat er aangaande incident-meldingssystemen geen aanzienlijke verschillen waar te nemen zijn.

Wanneer een vergelijking wordt gemaakt tussen de resultaten van het 7-module raamwerk en de SWOT-analyses, kan er een opvallende uitkomst waargenomen worden. Slechts vijf operationeel verantwoordelijken herkennen het feit dat alle stappen van het raamwerk worden toegepast als sterkte, of het feit dat niet alle stappen worden toegepast als zwakte. Negen respondenten menen niet dat het feit dat alle zeven stappen uitgevoerd worden als sterkte kan beschouwd worden, of dat het niet toepassen van al deze stappen een zwakte is. Van de vier ziekenhuizen die alle stappen van het 7-module raamwerk toepassen, is er geen enkel ziekenhuis dat dit als sterkte vermeldt. Van de tien ziekenhuizen die niet alle stappen van het raamwerk toepassen, herkent slecht de helft dat dit een zwakte is van het meldsysteem. De andere 50% vermeldt niet dat het ontbreken van enkele stappen een zwakte vormt. Hieruit kunnen twee assumpties opgesteld worden. Enerzijds zou er aangenomen kunnen worden dat het 7-module raamwerk niet echt gekend is binnen de ziekenhuizen en daardoor ook niet vermeld wordt tijdens de SWOT-analyses. Anderzijds is het mogelijk dat de respondenten het ontbreken van enkele stappen niet als zwakte, of het toepassen van alle stappen niet als sterkte beschouwen. De directieleden en verpleegkundigen halen het 7-module raamwerk niet aan tijdens de SWOT-analyses. De reden hiervoor ligt in het feit dat deze personen niet vertrouwd zijn met dit raamwerk en de stappen dus ook niet herkennen in hun huidig systeem. Bovendien hebben verpleegkundigen slechts een beperkte kijk op de meldsystemen aangezien zij wel de input leveren maar meestal niet betrokken zijn bij het verdere proces.

Wanneer de SWOT-analyses van de verschillende groepen personeelsleden van eenzelfde ziekenhuis met elkaar vergeleken worden, zijn er grote verschillen waar te nemen in de gegeven antwoorden. De aangehaalde sterktes, zwaktes, opportuniteiten en bedreigingen verschillen heel erg afhankelijk van het feit of de respondent operationeel verantwoordelijke, directielid of verpleegkundige is. Voornamelijk de antwoorden van de verpleegkundigen wijken erg af van deze van de andere groepen personeelsleden. Dit

heeft, zoals net vermeld, te maken met het feit dat de verpleegkundigen vanuit praktijkervaring spreken en meestal geen zicht hebben op het verdere proces van de meldingen. Deze groep personeelsleden haalt elementen aan aangaande het gebruik van de meldsystemen. De operationeel verantwoordelijken zijn zowel begaan met de gebruiksvriendelijkheid van de systemen alsook met de manier waarop de systemen zo goed mogelijk kunnen functioneren en zoveel mogelijk kunnen bijdragen voor het ziekenhuis. De directieleden sluiten zich in het algemeen meer aan bij de verpleegkundigen. Er kan algemeen besloten worden dat de antwoorden van de verschillende groepen personeelsleden binnen eenzelfde ziekenhuis sterk uiteenlopen. Wat opvalt, is dat bijvoorbeeld de verpleegkundige van een ziekenhuis de opportuniteit omtrent een nationaal meldsysteem enorm goed vindt. De operationeel verantwoordelijke en de directie van hetzelfde ziekenhuis verklaren echter dat deze opportuniteit moeilijk ligt. Dit toont duidelijk de verschillende standpunten van de personeelsleden aan. Zaken die door de operationeel verantwoordelijken in de analyse van het 7-module raamwerk worden aangehaald, komen vrijwel nooit terug bij de SWOT-analyses van de andere groepsleden van hetzelfde ziekenhuis. De twee tools peilen naar andere aspecten van de meldsystemen en genereren zodoende ook verschillende antwoorden.

5.5 Analyse omtrent het kostenaspect van incident-meldingssystemen

Gegevens omtrent de kosten van incident-meldingssystemen en mogelijke manieren om deze te reduceren, werden weinig aangehaald door de ondervraagde personen. Als reactie op deze vragen werd meestal gerepliceerd dat het meldsysteem nog maar net ingevoerd is en dat men momenteel nog geen goed zicht heeft op het kostenaspect. Toch zijn er enkele elementen die tijdens het onderzoek naar voren kwamen die nuttig kunnen zijn omtrent de kosten van meldsystemen.

Ten eerste kunnen incident-meldingssystemen zelf ontwikkeld of aangekocht worden van een privéfirma. Sommige ziekenhuizen beschouwen het als een sterkte dat ze zelf het systeem ontwikkeld hebben en op deze manier kosten kunnen besparen. Wanneer een systeem aangekocht wordt van een privéfirma kost dit voor een ziekenhuis van om en bij de 1.000 bedden ongeveer €50.000. Hierbij komt dan nog een jaarlijkse onderhoudskost van ongeveer 20% of €10.000. Wanneer men zelf een systeem ontwikkelt, moet men

enkel rekening houden met de personeelskosten van de informatici. Wat de meest kosteneffectieve oplossing blijkt te zijn, zal de toekomst moeten uitwijzen. Het implementeren van een incident-meldingssysteem blijkt een zware kost te betekenen voor kleinere ziekenhuizen. Zo verklaart één van de ondervraagde ziekenhuizen dat ze de aankoop van het meldsysteem heeft gespreid over een periode van 3 jaar om op deze manier de kosten te kunnen verdelen.

Vervolgens kunnen er uit de interviews verschillende onderdelen van meldsystemen afgeleid worden die veel tijd of kosten in beslag nemen:

1. Het motiveren en informeren van een volledig ziekenhuis.
2. Het invullen van het meldformulier. Voornamelijk wanneer het registreren manueel moet gebeuren, het meldformulier onoverzichtelijk of te uitgebreid is, neemt dit veel tijd in beslag.
3. De analysefase. Wanneer men werkt via een papieren meldformulier wordt deze analysefase nog extra lastig. Voor het goed uitvoeren van deze fase heeft men nood aan heel wat personeelsleden die veel tijd steken in het bestuderen van de meldingen.

Uit dit alles kan geconcludeerd worden dat de voornaamste kosten van incident-meldingssystemen bestaan uit arbeids- of personeelskosten. Volgens één van de ziekenhuizen heeft het ministerie van volksgezondheid wel een budget voorzien voor ziekenhuizen maar dit vormt volgens het ziekenhuis niet direct een oplossing om extra personeel te voorzien.

De respondenten uit het onderzoek halen ook mogelijkheden aan om de kosten van meldsystemen terug te dringen. Tabel 7 geeft een overzicht van de aangehaalde mogelijkheden met bijhorende effecten.

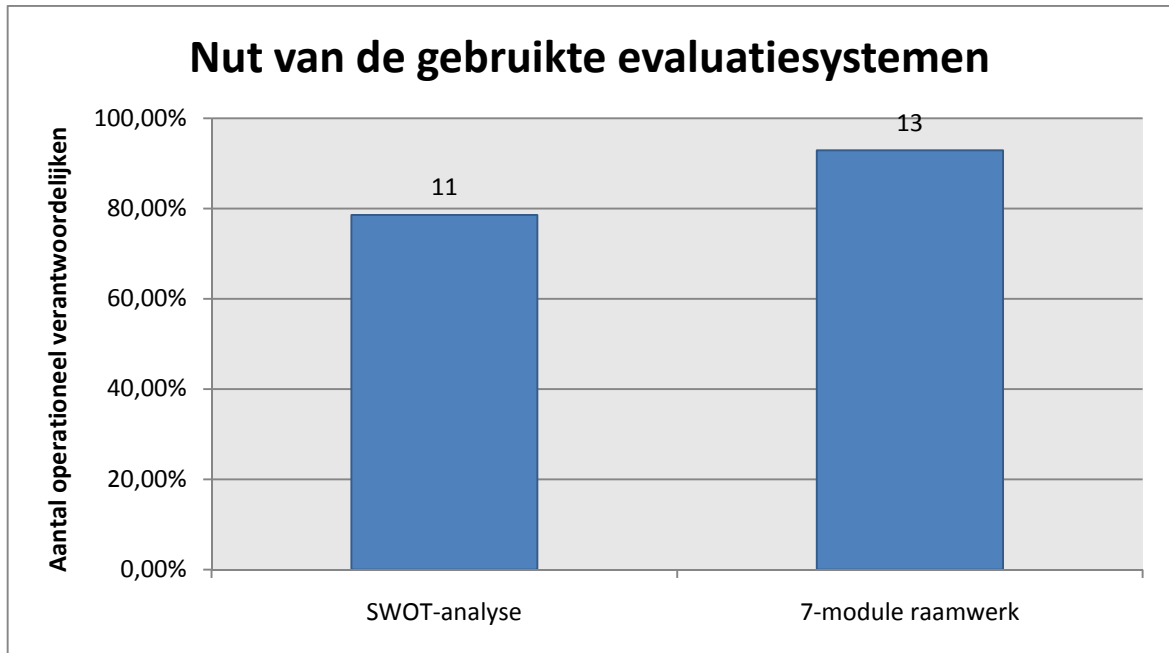
Tabel 7: Mogelijkheden om kosten meldsystemen te besparen.

Mogelijkheden om kosten meldsystemen te besparen	
<u>ACTIES</u>	<u>VOORDELEN</u>
Ontwikkelen eigen meldsysteem	Besparing onderhoudskost
Overschakeling naar elektronisch meldsysteem	Besparing tijd en geld bij rapporteren en analyseren
Bewaken en verbeteren gebruiksvriendelijkheid meldsysteem	Besparing tijd bij rapportering
Opvolgen van het nut van doorgevoerde verbetermaatregelen	Ineffectieve maatregelen worden geëlimineerd
Invoeren van een nationaal meldsysteem	Voordelen van o.a. specialisatie
Analysefase elektronisch uitvoeren	Tijd- en kostenbesparing
Vereenvoudiging analysefase zonder gewenste resultaten te verloochenen	Tijd- en kostenbesparing

In de interviews verklaren enkele respondenten dat door het invoeren van een incident-meldingssysteem de kwaliteit van de zorg binnen ziekenhuizen verbetert, maar dat dit voor de ziekenhuizen zelf niet echt kostenbesparingen oplevert. Wel kunnen hierdoor de kosten voor de gezondheidszorg in totaliteit dalen. Doordat de veiligheid binnen de ziekenhuizen verhoogt, zullen er zich minder incidenten voordoen. Dit brengt met zich mee dat het aantal verwikkelingen terugneemt en hiermee gepaard gaande ook het aantal ziekenhuisdagen. Hierdoor kan de gehele maatschappij kosten besparen op het vlak van gezondheidszorg. De kosten die bespaard worden, kunnen dan terugvloeien naar de gezondheidszorg en ingezet worden voor andere doeleinden.

5.6 Analyse van de feasibility-studie

Het doel van dit onderzoek bestaat deels uit het uitvoeren van een feasibility-studie. Hierbij wordt onderzocht of de tools die voor het onderzoek gebruikt zijn hiervoor wel degelijk geschikt zijn. Om de opbouw van de huidig gebruikte meldsystemen in de Vlaamse ziekenhuizen te onderzoeken, werd gebruik gemaakt van het 7-module raamwerk (van der Schaaf, Lucas, & Hale, 1991). Voor het uitvoeren van het onderzoek werden interviews afgenomen van bevoorrechte getuigen aan de hand van een vragenlijst waarin per stap van het raamwerk specifieke vragen gesteld werden in verband met de uitwerking van deze stap in de huidige meldsystemen. Op deze manier kon een goed beeld gevormd worden van de werking van de meldsystemen en de manier waarop deze opgebouwd zijn. Om een inzicht te krijgen in de sterke en zwakke punten alsook de opportuniteiten en de bedreigingen van de meldsystemen, werd gebruik gemaakt van een SWOT-analyse. Voor elk onderdeel van de SWOT-analyse - sterke punten, zwakke punten, opportuniteiten en bedreigingen - werden specifieke vragen opgesteld. Op het einde van het interview werd aan de operationeel verantwoordelijken gevraagd wat hun mening was omtrent de gebruikte tools. Specifiek werd er gevraagd of zij vonden dat de tools een goed zicht gaven op het gebruikte meldsysteem. Meer dan 85% van de respondenten vindt de gebruikte instrumenten, het 7-module raamwerk en de SWOT-analyse, goede tools om een zicht te krijgen op de meldsystemen. Wanneer een opsplitsing wordt gemaakt tussen het nut van het 7-module raamwerk en de SWOT-analyse kan waargenomen worden dat 78,57% van de operationeel verantwoordelijken de SWOT-analyse een goede tool vindt om een zicht te krijgen op de incident-meldingssystemen. Het 7-module raamwerk scoort nog beter. Maar liefst 92,86% van de respondenten is overtuigd van het nut van het 7-module raamwerk. Figuur 27 geeft de mening van de operationeel verantwoordelijken omtrent de gebruikte systemen grafisch weer.



Figuur 27: Nut van de gebruikte evaluatiesystemen.

De operationeel verantwoordelijken stellen dat in het 7-module raamwerk alle stappen van het procesmanagement terugkomen en dat via deze tool een goed globaal overzicht verkregen wordt van het meldsysteem. De SWOT-analyse wordt beschouwd als een goede basis om mee te starten en als een handig middel om bepaalde zaken naar boven te brengen. Wel wordt er vermeld dat wanneer een SWOT-analyse enkel maar door één persoon uitgevoerd zou worden, dit een subjectief beeld geeft. De meerderheid van de operationeel verantwoordelijken verklaarde aangenaam verrast te zijn door het nut en de toepasbaarheid van de instrumenten. Vijf respondenten geven aan in de toekomst de tools nog te gebruiken om het meldsysteem op te volgen. De andere operationeel verantwoordelijken passen de tools in zekere mate al toe, zij het wel minder uitgebreid, en gaan dit in de toekomst ook blijven doen. Tot slot zijn er ook twee ziekenhuizen die de instrumenten in de toekomst niet onmiddellijk gaan toepassen. Één van de ziekenhuizen is van mening dat er momenteel meer nood is aan advies in verband met het teweeg brengen van een cultuurverandering, dan aan evaluatietools.

In het algemeen kan er besloten worden dat de twee tools die in dit onderzoek gebruikt zijn interessante hulpmiddelen kunnen betekenen voor de ziekenhuizen. Ziekenhuizen die momenteel bezig zijn met de opbouw van hun incident-meldingssysteem of die al in een vergevorderd stadium zitten, kunnen in de eerste plaats het 7-module raamwerk

toepassen om te onderzoeken welke stappen in hun systeem nog ontbreken en welke nog verder uitgebouwd moeten worden. Op basis hiervan kan men dan stap voor stap de ontwikkeling van het systeem opvolgen. Wanneer men periodiek een SWOT-analyse gaat uitvoeren, kan vastgesteld worden welk nut het systeem oplevert voor het personeel en het ziekenhuis en of het incident-meldingssysteem zijn doel niet voorbijgaat. Via deze tool komt eveneens aan het licht waar de verbeterpunten zich bevinden en welke opportuniteiten er bestaan naar de toekomst toe. Een combinatie van de twee tools zou eventueel tot een optimaal systeem kunnen leiden voor de ziekenhuizen ter evaluatie van hun incident-meldingssysteem.

HOOFDSTUK VI: Discussie

In dit hoofdstuk wordt nagegaan of de informatie die gevonden werd in de literatuurstudie overeenkomt met de informatie die verkregen werd via het praktijkonderzoek. Er wordt ingegaan op mogelijke verklaringen waarom de informatie uit de twee bronnen van elkaar afwijkt of bij elkaar aansluit.

6.1 Kenmerken van incident-meldingssystemen

Uit de literatuurstudie blijkt dat een succesvol meldsysteem aan zeven kenmerken moet voldoen. Het systeem moet niet-bestruffend, betrouwbaar, onafhankelijk, tijdig, systeem georiënteerd en responsief zijn. Bovendien moet de analyse uitgevoerd worden door experts met kennis van zaken (WHO, 2005). De meldsystemen van de ondervraagde ziekenhuizen voldoen allemaal aan de eerste twee kenmerken van een succesvol meldsysteem, namelijk het feit dat het systeem niet-bestruffend en betrouwbaar moet zijn. Toch blijkt dat verpleegkundigen de systemen nog vaak onterecht als bestruffend beschouwen. Dit zorgt ervoor dat het vertrouwen van de verpleegkundigen in de meldsystemen erg laag is. De meldsystemen van de ondervraagde ziekenhuizen zijn allemaal in handen van de ziekenhuizen zelf en zijn dus onafhankelijk van elke externe partij die de melder of het ziekenhuis kan straffen. De meldingen die gebeuren worden geanalyseerd door mensen binnen het ziekenhuis die kennis van zaken hebben maar toch zou dit beter kunnen. In de interviews komt tot uiting dat er een personeelstekort heerst binnen de ziekenhuizen en dat men in de toekomst meer personeel wil aannemen om de analyses van de meldingen uit te voeren. Aan de andere kant blijkt dat het analyseren van de gemelde incidenten vaak een moeilijke taak vormt. Omwille van dit personeelstekort en de moeilijkheid van de analyses is het misschien aangeraden om externe instanties op te stellen die gespecialiseerd zijn in het uitvoeren van analyses. Op deze manier kunnen de ziekenhuizen het personeelstekort beheersen en wordt de analyse toch uitgevoerd door experts met kennis van zaken. De ziekenhuizen proberen allemaal zo snel mogelijk te reageren op een melding, maar toch kan besloten worden dat de reactie in bepaalde gevallen veel tijd in beslag neemt. Veel van de ondervraagde ziekenhuizen zijn nog maar net begonnen met het meldsysteem en leggen hun prioriteiten voorlopig op andere aspecten van het meldsysteem. Toch is het belangrijk om hier zo snel mogelijk een oplossing voor te vinden aangezien een snelle reactietijd

een belangrijk onderdeel vormt van een succesvol meldsysteem. Verbeterinitiatieven die ontstaan uit de meldsystemen zijn nooit gericht op personen. Het is de bedoeling van de ziekenhuizen om de manier van werken en de processen efficiënter te laten verlopen en niet om personen zelf aan te pakken. Het laatste kenmerk van een succesvol meldsysteem, responsiviteit, schiet in veel ziekenhuizen nog te kort. Het verspreiden van aanbevelingen verloopt niet altijd even vlot en kan nog verbeterd worden.

Flexibiliteit in termen van anonimiteit en rapportagemedium blijkt eveneens een belangrijk onderdeel te zijn van een succesvol meldsysteem (Karsh, Hamilton Escoto, Beasley, & Holden, 2006). In elf onderzochte ziekenhuizen heeft de melder zelf de keuze om al dan niet anoniem te melden. De flexibiliteit in termen van anonimiteit is dus zeker aanwezig. Voornamelijk in de beginfase van een meldsysteem vormt deze flexibiliteit een nuttig instrument om het vertrouwen van de melders in te winnen. De flexibiliteit aangaande het rapportagemedium blijkt niet zo goed uitgewerkt te zijn. Slechts één van de ondervraagde ziekenhuizen geeft de melders de mogelijkheid om via verschillende kanalen een melding te doen. Toch zou het voor de ziekenhuizen aangeraden zijn om ook deze flexibiliteit te verbeteren. Op deze manier kunnen verpleegkundigen een melding doen via een rapportagemedium naar keuze en vinden ze sneller de weg naar het meldsysteem. Hierdoor zou het aantal meldingen kunnen toenemen.

6.1.1 Meldbarrières en incentives

Er bestaan verschillende barrières en incentives die het incident melden aanmoedigen of ontmoedigen. De belangrijkste barrières voor incident melden die in de literatuur terug te vinden zijn blijken de bestaande organisatiecultuur, het ontstaan van extra werk, een gebrek aan vertrouwen in het meldsysteem, de lengte van het meldformulier en het melden van near misses te zijn (Barach & Small, 2000; Karsh, Hamilton Escoto, Beasley, & Holden, 2006). Uit het gevoerde praktijkonderzoek blijkt dat een aantal meldbarrières overeenkomen met deze uit de literatuur. Een eerste barrière die in de praktijk terug te vinden is, is het ontstaan van extra werk. Verpleegkundigen hebben het vaak druk en vergeten hierdoor te melden of maken hierdoor geen tijd om een incident te melden. Hiermee samenhangend kan ook de opbouw en structuur van het meldformulier een barrière vormen. Wanneer het meldformulier te moeilijk, onoverzichtelijk of niet goed gestructureerd is, neemt het melden teveel tijd in beslag en daalt het aantal meldingen. Er moet echter opgelet worden dat deze barrière niet als voorwendsel gebruikt wordt

voor het gebrek aan vertrouwen dat momenteel heerst. Dit gebrek aan vertrouwen vormt een volgende barrière die uit de interviews naar voren komt. Omwille van het feit dat verpleegkundigen vaak de indruk hebben dat de meldsystemen bestraffend werken, verliezen ze hun vertrouwen in de systemen. Deze barrière vormt momenteel het grootste heikel punt en ziekenhuizen zullen veel inspanningen moeten doen om deze te overkomen. Het is echter essentieel dat hier veel tijd en moeite in gestoken wordt aangezien het vertrouwen van de verpleegkundigen in de meldsystemen bepalend is voor het succes van het meldsysteem. Een laatste barrière die tot uiting kwam tijdens het onderzoek is het feit dat verpleegkundigen het nut niet inzien van een meldsysteem. Verpleegkundigen hebben nog te weinig zicht op de meerwaarde dat een meldsysteem kan bieden. Het feit dat het melden van near misses een meldbarrière zou vormen, komt in het onderzoek niet tot uiting. Ziekenhuizen zijn momenteel nog druk bezig met het overtuigen van verpleegkundigen om werkelijke incidenten te melden, het melden van near misses schuift hierdoor voorlopig wat naar de achtergrond.

De voornaamste meldincentives zoals naar voor gekomen uit de literatuur zijn een goed feedbackmechanisme, een verplicht meldsysteem en financiële incentives (Barach & Small, 2000; Karsh, Hamilton Escoto, Beasley, & Holden, 2006). Het gevoerde onderzoek bevestigt dat feedback een heel belangrijke incentive vormt. Ziekenhuizen beseffen dat feedback een belangrijke motivatie vormt, maar in de praktijk blijkt echter dat er nog te weinig werkelijke feedback geleverd wordt. Hier zal in de toekomst zeker aandacht aan besteed moeten worden. De mogelijkheid dat een verplicht meldsysteem opgelegd door de overheid een incentive zou betekenen, stuit op heel wat verdeeldheid vanwege de respondenten. Sommige respondenten zijn van mening dat dit wel een goed idee is en dat het aantal meldingen hierdoor zal toenemen aangezien men dan werkelijk ziet dat andere melden en dit kan motiverend werken. Anderen geloven dat het niet de taak is van de overheid om een verplicht meldsysteem op te leggen en dat het melden afhankelijk is van de cultuur binnen het ziekenhuis zelf. Zij zijn van mening dat het aantal meldingen niet noodzakelijk zal toenemen wanneer de overheid een verplicht meldsysteem gaat opleggen. Een financiële incentive wordt maar door één van de ondervraagde ziekenhuizen toegepast. Aan financiële incentives hangen echter ook belangrijke nadelen vast. Deze nadelen zouden de reden kunnen vormen waarom andere ziekenhuizen nalaten deze incentive toe te passen.

6.1.2 Het belang van near misses

Alle meldsystemen uit de onderzochte ziekenhuizen bieden de mogelijkheid om een melding te doen van een near miss. Toch blijkt dat dit niet altijd gebeurt. Slechts twee ziekenhuizen verklaren dat het bij de meerderheid van alle meldingen gaat om een melding van een near miss. Tien van de ondervraagde ziekenhuizen stellen dat het aantal gemelde near misses eerder een kleine minderheid uitmaakt van alle gemelde incidenten. Dit zou kunnen komen doordat verpleegkundigen het pas zinvol vinden om te melden wanneer er werkelijke schade opgetreden is of doordat ze het idee hebben dat er niets aan de hand is in het geval van een near miss en vinden dat er dus ook niet gemeld moet worden. In het algemeen kan gesteld worden dat verpleegkundigen heel erg weinig gebruik maken van de meldsystemen en niet vertrouwd zijn met de werking ervan. Omwille van die reden lijkt het mij waarschijnlijk om aan te nemen dat de meerderheid van de meldingen werkelijke incidenten zijn. Het is aannemelijk dat wanneer verpleegkundigen beslissen een meldingen te doen dit om een gebeurtenis gaat waar werkelijk iets fout gelopen is. Ook omwille van het feit dat verpleegkundigen niet altijd inzien wat een near miss is, veronderstel ik dat het gemelde aantal te beperkt is. Het is belangrijk dat ziekenhuizen de verpleegkundigen laten inzien wat een near miss juist is en waarom het zo belangrijk is dat deze gemeld worden. Enkel op deze manier zal het aantal gemelde near misses in de toekomst toenemen.

6.1.3 Vrijwillige of verplichte meldsystemen

Het Institute of Medicine (2000) erkent dat er nood is aan zowel verplichte als vrijwillige meldsystemen. In België moeten ziekenhuizen enkele gegevens in verband met medische fouten verplicht melden en overmaken aan de overheid en dit ter bescherming van de patiëntveiligheid. Momenteel moeten ziekenhuizen gegevens aangaande vijf verschillende domeinen overmaken aan de overheid namelijk gegevens in verband met het aantal incidenten te maken met ziekenhuisinfecties, bloedtransfusies, valincidenten, agressie-incidenten en decubitus of doorligwonden. Wanneer dit aantal meldingen vergeleken wordt met het totaal aantal meldingen die ziekenhuizen op jaarbasis ontvangen, kan geconcludeerd worden dat deze verplichte meldingen slechts een heel kleine fractie van het totaal uitmaken. Verplichte meldsystemen lijken mij een goede optie om belangrijke informatie te verkrijgen. Het probleem dat hier echter aan vast hangt, is dat de overheid nooit een werkelijke controle heeft of alles wel gemeld wordt. Hierdoor kan de informatie

die verzameld wordt een vertekend beeld genereren. Meldsystemen opgelegd door de overheid zouden eventueel wantrouwen kunnen creëren bij verpleegkundigen. Hierdoor lijkt het mij aangewezen enkel verplichte meldsystemen te gebruiken wanneer dit echt noodzakelijk is en dat de overheid zich van de overige meldsystemen distantieert.

6.1.4 Het belang van een veiligheidscultuur

Een belangrijke barrière die het rapporteren bemoeilijkt, is een culture of blame. Individuen zullen niet openlijk praten over hun ervaringen of fouten wanneer ze verwachten dat ze verantwoordelijk gesteld zullen worden voor de begane fout en het risico lopen om eventueel gesanctioneerd te worden (Waring, 2005).

De respondenten die deelgenomen hebben aan het onderzoek zijn het er unaniem over eens dat een cultuurverandering, naar een open cultuur waarin veiligheid prioriteit is, een verbetering zou betekenen voor het meldsysteem. Het teweeg brengen van dergelijke cultuurverandering sleept echter jaren aan. Momenteel zijn ziekenhuizen verschillende initiatieven aan het nemen om tot deze cultuur te evolueren. Van de ondervraagde ziekenhuizen haalt slechts één ziekenhuis aan dat ze al een goede meldcultuur heeft. De andere ziekenhuizen beseffen dat ze nog een lange weg te gaan hebben vooraleer ze deze verandering kunnen teweeg brengen. In de ogen van de verpleegkundigen is er echter nog een culture of blame aanwezig. Het is voor de ziekenhuizen van groot belang dat de kijk van de verpleegkundigen op het gebruik en nut van de meldsystemen verandert. Indien dit niet gebeurt, zullen meldsystemen nooit optimaal werken. Volgens mij is het de taak van de overheid om een regelgeving op te stellen rond de bescherming van incident melden. Het lijkt mij van groot belang dat verpleegkundigen een reële juridische bescherming krijgen en dat op deze manier verzekerd wordt dat meldingen niet zomaar voor andere doeleinden zullen gebruikt worden. Deze wetgeving zou een eerste stap kunnen zijn om het vertrouwen van de verpleegkundigen in te winnen.

HOOFDSTUK VII: Conclusies

In dit hoofdstuk zullen de conclusies die op basis van voorgaande analyse kunnen getrokken worden, uitgeschreven worden. Verder zal binnen dit hoofdstuk ook aandacht besteed worden aan aanbevelingen voor ziekenhuizen ter verbetering van hun incident-meldingssysteem.

Een eerste conclusie die op basis van het onderzoek getrokken kan worden, is dat incident-meldingssystemen binnen de Vlaamse ziekenhuizen nog in volle ontwikkeling zijn. Incident-meldingssystemen in ziekenhuizen komen nog maar recent onder de aandacht en zijn zeker nog niet volledig ingeburgerd binnen het ziekenhuisgebeuren. Het zal nog een hele tijd duren voor dit werkelijk het geval zal zijn. Zoals uit het onderzoek blijkt, hebben slechts vier ziekenhuizen momenteel een meldsysteem dat volledig opgebouwd is volgens het stramien van het 7-module raamwerk. Ook in deze ziekenhuizen kan echter gesteld worden dat de meldsystemen nog niet optimaal functioneren.

Vervolgens kan besloten worden dat de kwaliteit van de huidige meldsystemen, afgewogen volgens het stramien van het 7-module raamwerk, eerder laag is. Enkel de detectiefase en de fase van het doorvoeren van maatregelen wordt door alle onderzochte ziekenhuizen toegepast. De kwaliteit van deze stappen is echter laag. Het voornaamste probleem bestaat in het feit dat verpleegkundigen nog niet volledig vertrouwd zijn met meldsystemen en vrezend gesanctioneerd te worden ten gevolge van een melding. Ziekenhuizen zullen in de toekomst initiatieven moeten blijven nemen om incident melden aan te moedigen. De classificatie- en evaluatiefase vormen de fases die het minst vaak toegepast worden en waar de meeste problemen zich situeren. De redenen waarom de algemene kwaliteit van de meldsystemen laag is, ligt in een tekort aan tijd en kennis alsook aan het feit dat de meeste meldsystemen nog maar recent ingevoerd zijn.

Aansluitend bij de kwaliteit van de meldsystemen, kan uit het gevoerde onderzoek afgeleid worden dat er twee opvallende sterke punten terug te vinden zijn binnen de huidig gebruikte meldsystemen alsook enkele belangrijke knelpunten. Een eerste sterke karakteristiek bestaat in het feit dat in veel gevallen de melders zelf de keuze hebben om al dan niet anoniem te melden. Door de melders deze keuze te geven, maakt het ziekenhuis duidelijk dat het melden niet om personen draait maar wel om wat er gemeld wordt. Dit blijkt een sterk signaal te vormen naar de verpleegkundigen en is een manier

om het vertrouwen van deze personen in te winnen. Gebruiksvriendelijkheid vormt het volgende sterke punt van de huidige meldsystemen. De gebruiksvriendelijkheid blijkt momenteel al goed te zitten maar toch moet er opgelet worden dat de aandacht voor deze materie niet afneemt. Het is belangrijk naar de motivatie van de melders toe dat het melden zo vlot mogelijk verloopt.

Aan de andere kant kan vastgesteld worden dat er nog een aantal knelpunten aanwezig zijn binnen de incident-meldingssystemen. Een eerste en heel belangrijk knelpunt bestaat in het feit dat er nog erg veel wantrouwen bestaat vanuit de verpleegkundigen naar de meldsystemen toe. Hier zal in de toekomst nog hard aan gewerkt moeten worden aangezien het succes van een meldsysteem afhankelijk is van het vertrouwen van de melders in het systeem. Het ontbreken van een duidelijke wetgeving omtrent de rechten en plichten van de melders hangt hiermee samen. Wanneer dergelijke wetgeving opgesteld zou worden, zouden de melders zich veel veiliger voelen, zal het vertrouwen in de meldsystemen stijgen en zullen ook het aantal meldingen toenemen. De feedback naar de melders toe blijkt een volgend knelpunt te vormen. Feedback vormt een belangrijke motivatie naar de verpleegkundigen toe maar toch wordt hier in veel ziekenhuizen nog te weinig aandacht aan besteed. Tot slot is ook de tijd die melders moeten investeren in het invullen van het meldformulier een punt dat steeds verbeterd kan en moet worden.

Een derde conclusie betreft de perceptie van het nut van incident-meldingssystemen. Hieromtrent kan geconcludeerd worden dat de meerderheid van alle ondervraagde personen het nut van het meldsysteem inzien als het teweeg brengen van een cultuurverandering. Men wil proberen om van de ziekenhuizen lerende organisaties te maken waarin veiligheid centraal staat en evolueren naar een cultuur van patiëntveiligheid. Een incident-meldingssysteem vormt een hulpmiddel om naar deze cultuur te evolueren. Aangaande andere aspecten van meldsystemen, kan uit de SWOT-analyses echter vastgesteld worden dat de verschillende groepen personeelsleden belang hechten aan andere onderdelen van de meldsystemen. De operationeel verantwoordelijken besteden aandacht aan het totaalpakket van incident melden. Zij hebben zowel aandacht voor hoe het meldsysteem zo gemakkelijk mogelijk kan werken naar de verpleegkundigen toe alsook voor mogelijke manieren om het functioneren van het systeem te verbeteren door bijvoorbeeld de invoering van softwareapplicaties. De directieleden hechten meer belang aan het welbehagen van de verpleegkundigen. Elementen in verband met het functioneren van het meldsysteem worden door deze

personen niet vaak aangehaald. Ook de verpleegkundigen hechten overwegend belang aan de gebruiksvriendelijkheid van het meldsysteem. Zij zijn degene die de input van het systeem leveren en vinden het belangrijk dat dit op een zo goed mogelijke manier georganiseerd wordt. De verpleegkundigen staan ver af van het operationeel gebeuren van de meldsystemen en hebben hierdoor ook geen goed zicht op deze elementen.

In verband met het kostenaspect van meldsystemen kan ten vierde geconcludeerd worden dat incident-meldingssystemen een aanzienlijke kost betekenen, voornamelijk voor kleine ziekenhuizen. Er bestaan echter uiteenlopende manieren om deze kosten terug te dringen. Aangezien de voornaamste kosten van meldsystemen bestaan uit arbeids- of personeelskosten, is het belangrijk dat ziekenhuizen zich concentreren op het terugdringen van deze kostenpost.

Een ideale manier om incident-meldingssystemen op te stellen kan niet afgeleid worden uit het onderzoek, wel zijn er een aantal aspecten naar voor gekomen waar ziekenhuizen steeds aandacht aan moeten besteden. Ten eerste moet ervoor gezorgd worden dat verpleegkundigen vertrouwen hebben in het meldsysteem en inzien wat het nut van het systeem is. Wanneer dit vertrouwen er niet is, zal het meldsysteem nooit optimaal functioneren. Het invoeren van een mogelijkheid om anoniem te melden wordt zeer sterk geapprecieerd door verpleegkundigen en heeft tot gevolg dat er sneller gemeld zal worden. Om verpleegkundigen te blijven motiveren, is het belangrijk dat resultaten getoond worden en dat er feedback verleend wordt. Daarom is het belangrijk dat er in de toekomst meer aandacht besteed wordt aan een opvolgprocedure van meldingen via het meldsysteem zelf. Op deze manier blijft de melder betrokken bij de melding en zal zijn motivatie om in de toekomst te melden toenemen. Ook de gebruiksvriendelijkheid van het meldsysteem is een item waar ziekenhuizen ontzettend veel aandacht aan moeten besteden. Verpleegkundigen zien het melden nog steeds als een extra taak en daarom is het van belang dat deze procedure zo gemakkelijk mogelijk wordt gemaakt. In verband met het 7-module raamwerk is het van groot belang dat ziekenhuizen alle stappen verder blijven uitwerken. Op deze manier krijgt men een compleet systeem dat een nuttig instrument vormt om de patiëntveiligheid binnen de ziekenhuizen te verbeteren.

7.1 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Het onderzoek in deze masterproef zou een aanzet kunnen betekenen voor verder onderzoek in de toekomst. Een eerste mogelijkheid voor verder onderzoek zou een update kunnen zijn van het onderzoek dat uitgevoerd is binnen deze masterproef. Er werd een kleinschalige inventarisatie opgesteld van de meldsystemen van 15 Vlaamse ziekenhuizen. Verschillende van deze ziekenhuizen staan nog aan het begin van de ontwikkeling van hun meldsysteem en een aantal ziekenhuizen gaan in de toekomst overstappen naar nieuwe meldsystemen. Wanneer men binnen enkele jaren een nieuwe inventarisatie opmaakt, kan onderzocht worden op welke manier de meldsystemen geëvolueerd zijn en hoe men nu staat ten opzichte van de mogelijke opportuniteiten en bedreigingen. Dit zou de conclusies uit deze masterproef grondig kunnen wijzigen.

Een tweede suggestie voor verder onderzoek omvat het kostenaspect van de meldsystemen. Momenteel werd er door de bevroegde ziekenhuizen heel weinig informatie gegeven omtrent de kosten van de meldsystemen en mogelijkheden om deze te reduceren. Als voornaamste reden haalden de respondenten hiervoor aan dat het nog te vroeg is in de ontwikkeling van de meldsystemen om hier een duidelijk antwoord op te geven. Wanneer men binnen enkele jaren dit aspect opnieuw zou bevragen, zouden hier heel erg interessante gegevens uit kunnen voort komen. Op deze manier zou conclusie vier verder uitgebreid kunnen worden.

Ook in de literatuur zijn er nog elementen van incident-meldingssystemen terug te vinden die verder onderzoek vragen. Zo is er heel weinig informatie terug te vinden omtrent de kosten van incident-meldingssystemen. Men zou kunnen onderzoeken welke kostenonderdelen een meldsysteem bevat, waar de grootste kosten zich bevinden enzovoort. Verder kan het hier gaan over de impact van meldsystemen op het ziekenhuis. Wat kost een meldsysteem in totaliteit voor een ziekenhuis op jaarbasis en welke meerwaarde brengt dit op? Een opsplitsing van de onderdelen van een meldsysteem en een berekening van deze kosten zou eveneens een inzicht kunnen leveren in mogelijke manieren waarop kosten teruggedrongen kunnen worden. Op deze manier zou conclusie vier opnieuw verder aangevuld kunnen worden.

Tot slot zou de literatuur ook meer aandacht kunnen besteden aan de classificatiefase van het incident-meldingssysteem. Uit het gevoerde onderzoek blijkt dat het classificatiesysteem van de WHO, waarop de taxonomie van de overheid gebaseerd is, te

moeilijk is voor de ziekenhuizen. Er werd reeds onderzoek uitgevoerd omtrent de voorwaarden waaraan een taxonomie moet voldoen door onder andere Linda Wright (2002). Het is echter noodzakelijk dat dit dieper onderzocht wordt en dat men nagaat op welke manieren taxonomieën gesimplificeerd kunnen worden om zo tot een optimale oplossing te leiden voor ziekenhuizen.

Lijst van geraadpleegde werken

Barach, P., & Small, S.D. (2000). Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems [Elektronische versie]. *British Medical Journal*, 320, 759-763.

Belgisch Staatsblad. (2010). *Wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg*. Opgevraagd op 14 april, 2010, via http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_n.htm.

Bird, F.E., & Germain, G.L. (1996). *Practical Loss Control Leadership*. Loganville, GA: Det Norske Verita.

Christiansen, T. (2002). A SWOT analysis of the organization and financing of the Danish health care system [Elektronische versie]. *Health Policy*, 59, 99-106.

Christiansen, T. (2002). Summary of the SWOT panel's evaluation of the organisation and financing of the Danish health care system [Elektronische versie]. *Health Policy*, 59, 173-180.

Cohen, R.M. (2000). Why error reporting systems should be voluntary [Elektronische versie]. *British Medical Journal*, 320, 728-729.

de Bruijne, M.C., Zegers, M., Hoonhout, L.H.F., & Wagner, C. (2007). *Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen*. Opgevraagd op 5 oktober, 2009, via <http://www.onderzoekpatientveiligheid.nl/rapport.pdf>.

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]. *Journal on Quality Improvement*, 28, 248-267.

Europese Commissie. (2005). *Luxembourg declaration: Patient Safety – Making It Happen*. Opgevraagd op 2 oktober, 2009, via http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf.

Federaal Planbureau. (2002). *Verkenning van de financiële evolutie van de sociale zekerheid 2000-2050. De vergrijzing en de leefbaarheid van het wettelijk pensioensysteem*. Opgevraagd op 17 februari, 2010, via <http://www.plan.be/admin/uploaded/200605091448068.PP091nl.pdf>.

FOD Budget en Beheerscontrole. (2010). *Het Stabiliteitsprogramma van België (2009-2012)*. Opgevraagd op 18 februari, 2010, via http://www.begroting.be/portal/page/portal/INTERNET_pagegroup/INTERNET_stabiliteitsprogramma/INTERNET_STABDOC/SP2010NL.pdf.

FOD Volksgezondheid. (2007). *Patiëntveiligheid in actie: het vermijdbare vermijden. Strategische nota patiëntveiligheid*. Opgevraagd op 25 september, 2009, via https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,11268475&_dad=portal&_schema=PORTAL.

FOD Volksgezondheid. (2010). *Contract coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid*. Opgevraagd op 3 maart, 2010, via https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,15762532&_dad=portal&_schema=PORTAL.

Fukuda, H., Imanaka, Y., Hirose, M., & Hayashida, K. (2008). Economic evaluations of maintaining patient safety systems in teaching hospitals [Elektronische versie]. *Health Policy*, 88, 381-391.

Habraken, M., Reijnders-Thijssen, P., van der Schaaf, T.W., & Leistikow, I. (2006). *SAFER - Scenario Analyse van Faalwijzen, Effecten en Risico's*. Opgevraagd op 18 februari, 2010, via <http://www.umcutrecht.nl/NR/rdonlyres/05603F12-0749-4DB4-A50F-8FCF3D537161/4940/SAFERDVDboekje.pdf>.

Helmreich, R.L. (2000). On error management: lessons from aviation [Elektronische versie]. *British Medical Journal*, 320, 781-785.

Impoinvil, D.E., Ahmad, S., Troyo, A., Keating, J., Githeko, A.K., Mbogo, C.M., Kibe, L., Githure, J.I., Gad, A.M., Hassan, A.N., Orshan, L., Warburg, A., Calderón-Arguedas, O., Sánchez-Loría, V.M., Velit-Suarez, S., Chadee, D.D., Novak, R.J., & Beier, J.C. (2007). Comparison of mosquito control programs in seven urban sites in Africa, the Middle East, and the Americas [Elektronische versie]. *Health Policy*, 83, p196-212.

Infoland (z.d.). Opgevraagd op 13 mei, 2010, via <http://www.infoland.nl/>.

Institute of Medicine. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press.

Institute of Medicine. (2001). *Patient Safety: achieving a new standard for care*. Washington, DC: The National Academies Press.

Kaplan, H. S., & Fastman, B.R. (2003). Organization of event reporting data for sense making and system improvement [Elektronische versie]. *Quality and Safety in Health Care*, 12, 68-72.

Karsh, B., Hamilton Escoto, K., Beasley, J.W., & Holden, R.J. (2006). Toward a theoretical approach to medical error reporting system research and design [Elektronische versie]. *Applied Ergonomics*, 37, 283-295.

KCE. (2006). *Programmawet: Oprichting van het KCE*. Opgevraagd op 18 februari, 2010 via http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5285&CREF=5789.

KCE. (2006). *Wat is de missie van het KCE?* Opgevraagd op 18 februari, 2010, via http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5285&CREF=5421.

Kotler, P., Armstrong, G., Saunders, J., & Wong, V. (2005). *Principes van marketing* (F. Broere, Vertaling). Amsterdam: Pearson Education Benelux. (Oorspronkelijk verschenen in het Engels in 2003).

Leape, L.L. (2000). Reporting of medical errors: time for a reality check [Elektronische versie]. *Quality and Safety in Health Care*, 9, 144-145.

Leape, L.L. (2002). Reporting of adverse events [Elektronische versie]. *The New England Journal of Medicine*, 347, 1633-1638.

Legemaate, J., Christiaans-Dingelhoff, I., Doppegieter, R.M.S., & de Roode, R.P. (2006). *Veilig Incident Melden*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Lipsey, R.G., & Chrystal, K.A. (2004). *Economics*. Oxford: Oxford University Press.

Medical Services. (2007). *Encore trop d'erreurs médicales*. Opgevraagd op 1 oktober, 2009, via http://www.medicalservices.be/news/2007-09-15/encore_trop_d_erreurs_medicales.htm.

NASA (z.d.). *Aviation Safety Reporting System*. Opgevraagd op 6 februari, 2010, via <http://asrs.arc.nasa.gov/overview/summary.html>.

National Patient Safety Agency (2009). *About reporting patient safety incidents*. Opgevraagd op 4 februari, 2010, via <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/report-a-patient-safety-incident/about-reporting-patient-safety-incidents/>.

OECD. (2009). *Country statistical profiles 2009*. Opgevraagd op 25 september, 2009, via <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CSP2009#>.

OECD. (2009). *OECD Health Data 2009*. Opgevraagd op 16 februari, 2010, via http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_37407,00.html.

O'Leary, M., & Chappell, S. L. (1996). Confidential incident reporting systems create vital awareness of safety problems [Elektronische versie]. *ICAO Journal*, 51, 11-13.

Patient Safety Company (z.d.). Opgevraagd op 13 mei, 2010, via <http://www.patientsafety.com/nl>.

Pronk, E. (2004). Waarom het goed ging [Elektronische versie]. *Medisch contact*, 4, 105-108.

Reason, J. (1997). *Managing the Risk of Organisational Accidents*. Hampshire: Ashgate Publishing Group.

Reason, J. (2004). Beyond the organisational accident: the need for "error wisdom" on the frontline [Elektronische versie]. *Quality and Safety in Health Care*, 13, 28-33.

van der Schaaf, T.W. (1995). Near Miss Reporting in the chemical process industry: an overview [Elektronische versie]. *Microelectronics Reliability*, 35, 1233-1243.

van der Schaaf, T.W. (1997). PRISMA incidenten analyse. Een instrument voor risicobeheersing in de zorgsector [Elektronische versie]. *Kwaliteit in beeld*, 5, 2-4.

van der Schaaf, T.W., & Habraken, M.M.P. (2005). *PRISMA-methode – medische versie. Een korte omschrijving*. Eindhoven: Technische Universiteit Eindhoven.

van der Schaaf, T.W., Lucas, D.A., & Hale, A.R. (1991). *Near miss reporting as a safety tool*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

Van Everdingen, J.J.E., Smorenburg, S.M., Schellekens, W., Molendijk, A., Kievit, J., van Harten, W.H., & Mintjes-de Groot, A.J. (2006). *Praktijkboek patiëntveiligheid*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

VBO. (2003). *De gezondheidszorg in België. Analyse en voorstellen van het VBO voor een nieuw beleid*. Opgevraagd op 17 februari, 2010, via www.vbo-feb.be/index.html?file=375.

Vincent, C. (2003). Understanding and Responding to Adverse Events [Elektronische versie]. *The New England Journal of Medicine*, 348, 1051-1056.

Vleugels, A. (2005). Tweede interimrapport van de werkgroep "Veiligheid en kwaliteit in gezondheidszorg". Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

Vleugels, A. (2005). *Zorg voor de kwaliteit van de zorg*. Leuven: Leuven University Press.

Wagner, C., & Van der Wal, G. (2005). Voor een goed begrip: Bevordering patiëntveiligheid vraagt om heldere definities [Elektronische versie]. *Medisch Contact*, 47, 1888-1891.

Waring, J.J. (2005). Beyond blame: cultural barriers to medical incident reporting [Elektronische versie]. *Social Science & Medicine*, 60, 1927-1935.

WHO. (2004). *World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2005*. Opgevraagd op 1 november, 2009, via http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.

WHO. (2005). *WHO Draft Guidelines for Adverse event Reporting and Learning Systems*.

Opgevraagd op 25 september, 2009 via

http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf.

WHO. (2009). *The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*. Opgevraagd op 19 februari, 2010, via

http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.

Willems, R. (2004). *Hier werk je veilig, of hier werk je niet*. Opgevraagd op 10, november, 2009 via

http://www.nvza.nl/uploaddb/downl_object.asp?atoom=4433&VolgNr=27.

Wilson, J.R., & Corlett, E.N. (2005). *Evaluation of human work*. Boca Raton: Taylor & Francis.

Wright, L.B. (2002). *The analysis of UK railway accidents and incidents: a comparison of their causal patterns*. Glasgow: University of Strathclyde.

Bijlagen

Bijlage 1: Gebruikt verwijzingsstelsel

In deze masterproef werd gebruik gemaakt van volgend boek voor de bronverwijzingen:
Raedts, M., Masui, C. (2007). *Van vraag tot tekst. Praktische leidraad voor literatuurverslagen*. Leuven: Uitgeverij Acco.

Hieronder worden de voornaamste regels weergegeven.

- **Verwijzingen in de tekst**

Als de naam van de geciteerde auteur zelf in de tekst vermeld wordt, is het jaartal van de publicatie tussen haakjes

Bijv: Glass (1972) vergeleek 34 onderzoeken naar de invloed van...

Wordt de auteur niet met name genoemd in de tekst, dan worden naam en jaartal, gescheiden door een komma, tussen haakjes vermeld:

Bijv: Onderzoek naar de ideale klassengrootte (Glass & Smith, 1972) toont aan, dat.....

Indien er twee auteurs van de geciteerde publicatie zijn:

Bijv: Glass en Smith (1972) vergeleken de resultaten

Onderzoek naar de ideale klassengrootte (Glass & Smith, 1972) toont, ...

Indien er drie of meer auteurs en minder dan 6 van de geciteerde publicatie zijn: De eerste keer alle auteurs noemen, bij de volgende verwijzing de achternaam van eerste auteur gevolgd door et al. (Latijn: et alii, en anderen), bij meer dan zes auteurs vanaf de eerste verwijzing.

Bijv: Glass et al. (1972) analysed 34 studies of classroom size.

An analysis of 34 studies of classroom size (Glass et al., 1972)....

Indien twee of meer artikelen over hetzelfde onderwerp worden aangehaald wordt de verwijzing in de tekst als volgt:

Bijv: Several studies (Glass, 1980; Smith, 1984) showed that ...

Indien twee of meer artikelen van een auteur worden aangehaald:

Bijv.: Several studies (Glass, 1972, 1980, 1981a, 1981b; Smith, 1984a, 1984b).....

- **De literatuurlijst**

De literatuurlijst wordt afgedrukt na het artikel of op het einde van het boek. De literatuurlijst is alfabetisch geordend:

- alfabetiseer op de achternaam van de eerste auteur
- neem letter voor letter en ga uit van de stelregel: "Niets gaat voor iets". Dus Smit, T komt voor Smith, A.
- neem M', Mc, en Mac zoals het er staat: niet alsof overal Mac staat. Dus: MacArthur komt voor McAllister en MacNeil komt voor M'Carthy
- in een Nederlands stuk lidwoorden negeren: 'de Vries' wordt opgevoerd als 'Vries, de'; in een Engels stuk lidwoorden meenemen: 'de Vries' komt dan bij de d te staan; soms wordt de eerste letter van het lidwoord (bij voorkeur) een hoofdletter: 'De Vries'
- wanneer er geen auteur is maar wel een instituut wordt de instituutsnaam als auteursnaam gebruikt
- zijn er auteurs met een zelfde naam, dan wordt op voorletter geordend
- zijn van een auteur meer publicaties genoemd, dan wordt op publicatiejaar geordend.

- **De afzonderlijke verwijzingen**

- begin met de auteursnaam, gevolgd door de initialen gescheiden door punten. Wanneer er twee auteurs zijn volgt de volgende auteur met als tussenvoegsel een &. Als er meer dan twee auteurs zijn worden hun namen gescheiden door komma's; bij de laatste auteur wordt naast een komma een & gebruikt. Overigens als auteurs niet op alfabetische volgorde staan, betekent dit dat de bijdrage van de eerste auteur belangrijker is dan die van de tweede
- na de auteursnamen volgt tussen haakjes het publicatiejaar en vervolgens een punt.
- onderstreep de titel van het boek, de titel en het volume van het tijdschrift of maak ze *cursief*
- schrijf de titels van de tijdschriften volledig uit; hoofdwoorden worden met een hoofdletter geschreven
- achter de titel volgt een punt

- bij boeken tenslotte worden de plaats van uitgave en de uitgever vermeld, gescheiden door een dubbele punt

- **Verwijzen en citeren van elektronische en andere informatiebronnen**

Inmiddels is het ook gebruikelijk om volgens vaste regels te verwijzen naar informatie op Internet of in elektronische databanken. Er wordt hierbij overigens zoveel mogelijk aangesloten bij de al eerder vermelde APA-regels voor gedrukte publicaties. Voor het verwijzen naar elektronische bronnen kan je de volgende twee richtlijnen aanhouden:

- verwijs lezers zo specifiek mogelijk naar de informatie: verwijs zoveel mogelijk naar specifieke documenten in plaats van naar home- en menupagina's
- geef adressen (meestal URL's) die werken

Als je naar een hele website verwijst, kan je ook volstaan met vermelding van het adres in de tekst, bijvoorbeeld: "Verdere informatie kan je vinden op de website van de Universiteit Hasselt" (<http://www.uhasselt.be>). Een echte referentie naar een internetbron moet in ieder geval een titel of omschrijving bevatten, een datum (als het kan een publicatiedatum, in ieder geval de datum van raadpleging) en een adres (meestal een URL). Vermeldt ook auteurs als dat mogelijk is. In de tekst verwijs je met auteur(s) en jaartal of met enkele woorden uit de titel en jaartal. Als er geen jaartal is, kan je in plaats daarvan (z.d.) gebruiken (zonder datum).

De algemene vorm voor het verwijzen naar een elektronisch artikel is als volgt:

- Achternaam, initialen van de auteur(s)
- Publicatiejaar tussen haakjes. Als er geen datum is: z.d. (tussen haakjes)
- Titel van het artikel
- *Naam tijdschrift* (cursief), *volumenummer* (cursief) en begin- en eindpagina van het artikel. Als er geen paginanummers zijn, gebruik dan een andere aanduiding van het artikel

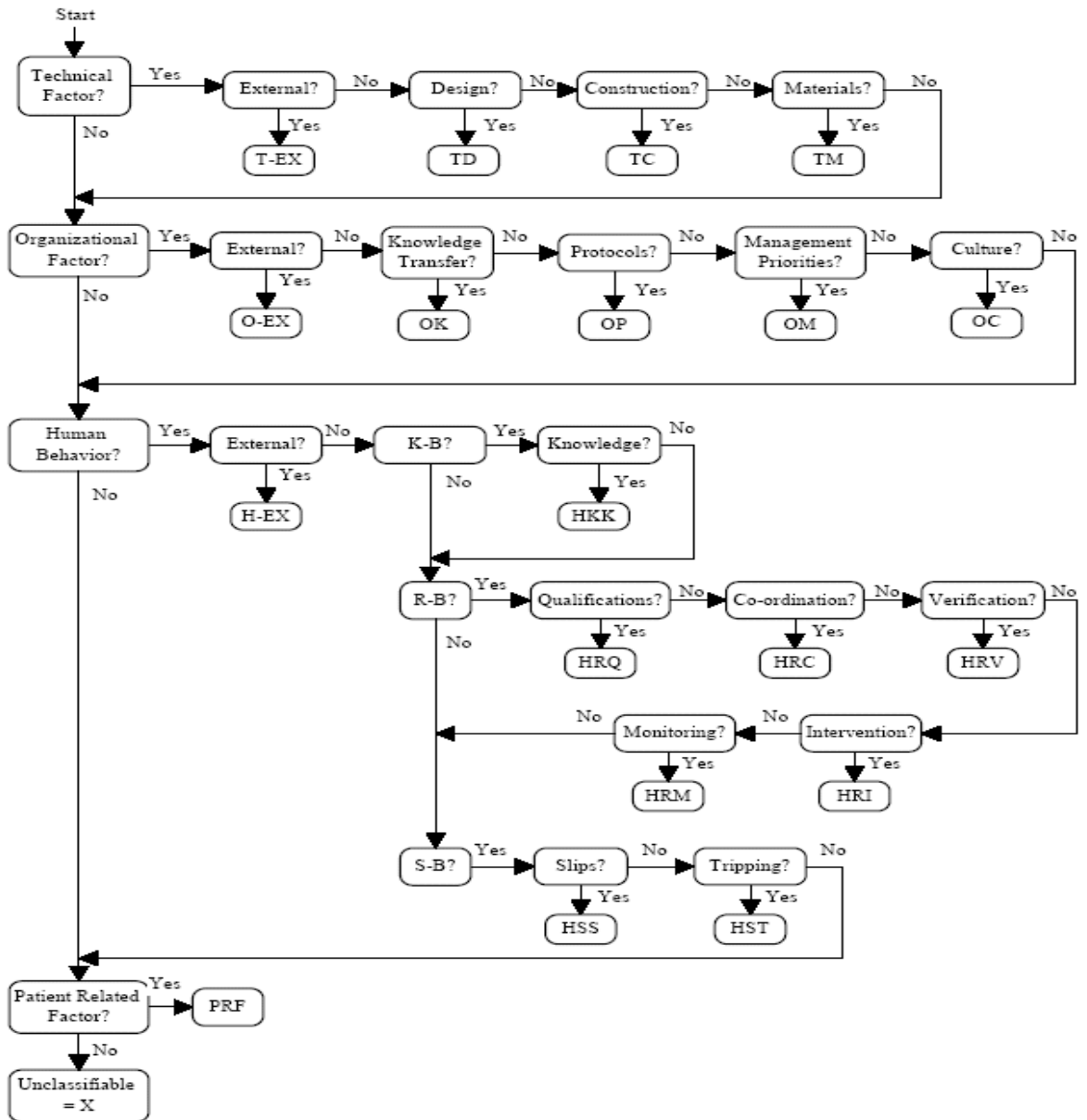
De algemene vorm voor het verwijzen naar een zelfstandig elektronisch document is als volgt:

- achternaam, initialen van de auteur(s)
- publicatiejaar (tussen haakjes). Als er geen datum is: z.d. (tussen haakjes)
- *titel van het werk* (cursief)
- opgevraagd op dag maand, jaartal, via

- **Elektronische tijdschriftartikelen**

Veel elektronische tijdschriftartikelen zijn exacte kopieën van de gedrukte versie zonder dat er sprake is van wijzigingen in de lay-out of van additionele informatie. In de toekomst verandert dat waarschijnlijk. Bij zo'n exacte kopie volstaat een gewone verwijzing naar het tijdschriftartikel met achter de titel tussen vierkante haken toegevoegd [Elektronische versie].

Bijlage 2: Medische versie Eindhoven Classificatiemodel



	Code	Categorie	Definitie
Technisch	T-EX	Extern	Technische fouten buiten de controle en de verantwoordelijkheid van de onderzoekende organisatie.
	TD	Ontwerp	Fouten als gevolg van slecht ontwerp van materialen, hulpmiddelen, software, labels of vormen.
	TC	Constructie	Een correct ontwerp dat niet goed geconstrueerd of ingesteld is.
	TM	Materiaal	Materiaal defecten die niet onder de categorieën TD of TC vallen.
Organisatorisch	O-EX	Extern	Fouten op een organisatorisch niveau buiten de controle en de verantwoordelijkheid van de onderzoekende organisatie.
	OK	Kennisoverdracht	Fouten als gevolg van onvoldoende maatregelen om te garanderen dat alle situatie- of domeingebonden kennis of informatie wordt overgedragen aan alle nieuwe of onervaren medewerkers.
	OP	Protocollen	Fouten met betrekking tot de kwaliteit en beschikbaarheid van protocollen (te ingewikkeld, onnauwkeurig, onvolledig, onrealistisch, afwezig of slecht gepresenteerd).
	OM	Management prioriteiten	Interne management beslissingen waarbij veiligheid een lagere prioriteit heeft gekregen als gevolg van conflicterende vraag of doelstellingen. Dit is een conflict tussen productie behoeften en veiligheid.

				Een voorbeeld van deze categorie zijn beslissingen over de hoeveelheid personeel.
		OC	Cultuur	Fouten als gevolg van een gezamenlijk gedeeld gedachtegoed, respectievelijk gedragspatroon, dat risico's bagatelliseert, onderschat, dan wel negeert.
Menselijk		H-EX	Extern	Menselijke fouten buiten de controle en de verantwoordelijkheid van de onderzoekende organisatie.
	Knowledge-based gedrag	HKK	Redeneren	Fouten veroorzaakt door in nieuwe situaties, beschikbare kennis niet of verkeerd toe te passen. Voorbeeld: een getrainde technoloog die niet in staat is een complex antistof identificatie probleem op te lossen.
		Rule-based gedrag	HRQ	Kwalificaties
	HRC		Coördinatie	Fouten als gevolg van een gebrek aan afstemming en coördinatie tussen verschillende medewerkers bij het uitvoeren van een taak. Voorbeeld: een essentiële taak wordt niet uitgevoerd, omdat iedereen dacht dat iemand anders de taak zou uitvoeren.
	HRV		Verificatie	De correcte en complete beoordeling van een situatie inclusief de voorwaarden voor de patiënt en de benodigde materialen en hulpmiddelen voordat men met de uitvoering van de taak van start gaat. Voorbeeld: het niet goed identificeren van een patiënt door de polsband te controleren.
	HRI		Interventie	Fouten als gevolg van een verkeerde planning of uitvoering van een taak. Voorbeeld: rode bloedcellen volgens hetzelfde protocol behandelen als bloedplaatjes.
	HRM		Bewaken	Fouten tijdens het bewaken van de staat van het proces of de patiënt tijdens of na het uitvoeren van de taak. Een getrainde technoloog die zich niet realiseert dat een pipet verstopt is.
	Skill-based gedrag	HSS	Fijne motoriek	Fouten met betrekking tot de fijne motoriek. Voorbeeld: een typefout.
		HST	Grove motoriek	Fouten met betrekking tot de grove motoriek. Voorbeeld: vallen of iets omstoten.
Overige factoren	PPF	Patiënt gerelateerde factor	Fouten die gerelateerd zijn aan de kenmerkende eigenschappen van de patiënt, die buiten de controle van de medewerkers liggen en die de behandeling beïnvloeden.	
	X	Overig	Fouten die niet geclassificeerd kunnen worden in één van de andere categorieën.	

Bijlage 3: Classificatie/Actie Matrix

Classificatie code	Techniek	Procedures	Informatie en communicatie	Training	Motivatie	Escalatie	Reflectie
T-EX						X	
TD	X						
TC	X						
TM	X						
O-EX						X	
OK						X	
OP		X					
OM						X	
OC							X
H-EX						X	
HKK			X		NEE		
HRQ				X			
HRC				X			
HRV				X			
HRI				X			
HRM				X			
HSS	X				NEE		
HST	X				NEE		
PRF ¹							
X							

Bijlage 4: Gebruikte vragenlijsten

Deel 1: 7-module raamwerk

- Zou u een korte beschrijving kunnen geven van de werking van het huidige meldsysteem dat gebruikt wordt binnen jullie ziekenhuis?

Het 7-module raamwerk of near miss management system, ontworpen door prof. dr. van der Schaaf, kan gebruikt worden om de volledigheid van de huidig gebruikte incident-meldingssystemen te onderzoeken. Volgens dit raamwerk, zou elk meldsysteem opgebouwd moeten zijn volgens de 7 hieronder vermelde stappen.

- 1. Detectie: het rapporteren van fouten of near misses*
- 2. Selectie: interessante rapporten worden geselecteerd voor verdere analyse*
- 3. Beschrijving: een gedetailleerde beschrijving van alle relevante menselijke en organisatorische factoren*
- 4. Classificatie: oorzaken worden geclassificeerd*
- 5. Database analyse: statistische analyse van een grotere databank van incidenten om zo eventuele patronen te ontdekken*
- 6. Maatregelen: doorvoering van preventieve en corrigerende interventies*
- 7. Evaluatie: meten van de effectiviteit van interventies en zo een feedback vormen naar stap één*

- Welke van deze zeven bovenvermelde stappen worden in uw huidig systeem toegepast? Indien bepaalde stappen niet worden toegepast, wat zijn de voornaamste redenen hiervoor?

1. Detectie: het rapporteren van fouten of near misses.
 - Worden alleen gebeurtenissen gemeld die werkelijk tot schade hebben geleid of wordt er ook melding gedaan van near misses (bijna-incidenten)?
 - Op welke manier worden mensen aangemoedigd om fouten te melden? Moedigt de cultuur melden aan?
 - Wordt de melding anoniem gedaan of moeten er bepaalde persoonlijke gegevens vermeld worden voor eventueel latere raadpleging? Waarom wordt dit zo gedaan?
 - Indien de melding niet anoniem verloopt, hoe verzekert men het personeel dat de gegevens niet zullen leiden tot sancties, rechtszaken,... ? Heeft men een charter opgesteld waarin alle regels duidelijk worden vastgelegd?

- Bestaat er ook een mogelijkheid voor de patiënt om melding te doen van een fout of near miss?
 - Van alles wat gemeld wordt, hoeveel gebeurtenissen zijn verplicht te melden door de overheid?
2. Selectie: interessante rapporten worden geselecteerd voor verdere analyse.
- Worden alle fouten/near misses geselecteerd voor verder verwerking?
 - Gaat men aan de hand van willekeurige steekproeven cases selecteren (bv 1/10, eerste case, vervolgens 11^{de}, dan 21^{ste},...) of gebruikt men specifieke filters? Zo ja, welke filters gebruikt men om de cases te selecteren? (criteria: ernst, gevolg, frequentie,...) Of wordt er een combinatie van de twee toegepast? (risicomatrices)
3. Beschrijving: een gedetailleerde beschrijving van alle relevante menselijke en organisatorische factoren.
- Hoe gedetailleerd wordt het incident beschreven? Zijn er bepaalde stopregels?
 - Op welke manier wordt er gezorgd voor een objectieve beschrijving? Checkt degene die de beschrijving opstelt of alles juist begrepen is met de melder?
 - Gebeurt de beschrijving aan de hand van een bepaalde systematiek?
 - Wordt er gebruik gemaakt van oorzakenbomen?
4. Classificatie: oorzaken worden geclassificeerd.
- Worden alle mogelijke oorzaken geclassificeerd of enkel de kernoorzaken?
 - Heeft men een systematische manier van classificeren ontwikkeld?
 - Maakt men gebruik van de taxonomie die ter beschikking wordt gesteld door de FOD Volksgezondheid?
5. Database analyse: statistische analyse van een grotere databank van incidenten om zo eventuele patronen te ontdekken.
- Gaat men voornamelijk op zoek naar frequenties, correlaties of voert men risicoanalyses uit?
 - Wordt elke melding bekeken? Bekijkt men meldingen per groep, per tijdsfrequentie, per type fout?
6. Maatregelen: doorvoering van preventieve en corrigerende interventies.
- Worden er ad hoc maatregelen genomen of is er een systematische link tussen de aan te pakken oorzaken en de oplossingen?
 - Op welke manier worden deze maatregelen gecommuniceerd naar het personeel toe? Hoe worden de maatregelen uitgelegd op ziekenhuisniveau?

7. Evaluatie: meten van de effectiviteit van interventies en zo een feedback vormen naar stap één.
- Hoe verloopt de feedback? Wordt deze verspreid over heel het ziekenhuis of beperkt men zich tot de afdeling waar het probleem zich situeert?
 - Worden er conclusies getrokken i.v.m. de interventies alleen of kijkt men naar alles wat voordien gebeurd is?

Deel 2: SWOT-analyse

Sterktes

- Wat vindt u de sterkte kanten van uw huidig incident-meldsysteem?
- Zijn er misschien elementen waarop u op vlak van kosten heel erg goed scoort? Bijvoorbeeld de analysefase die heel erg vlot verloopt waardoor men tijd en eventueel ook kosten kan besparen?
- Wat voor nut heeft het meldsysteem voor u en het ziekenhuis? Gaat het enkel om een vermindering van het aantal ongevallen of zijn er gevolgen die verder gaan? (algemene verandering van de cultuur: voorzichtiger te werk gaan, aandachtiger werken,..)
- Wordt het meldsysteem periodiek geëvalueerd? Worden de personeelsleden hier ook bij betrokken?

Mogelijke sterke punten:

- Een meldsysteem dat alle 7 stappen bevat van het 7-module raamwerk
- Eén van de 7 fases van het near miss management system die heel erg goed uitgewerkt is
- Samenwerken met andere ziekenhuizen, gegevens delen
- Elektronisch melden = tijd besparend

Zwaktes

- Wat is er minder goed aan het systeem? Waar liggen de verbeterpunten?
- Zijn er mogelijke onderdelen van het systeem die te grote kosten/tijd met zich meebrengen en waarvoor in de toekomst oplossingen moeten gezocht worden?
- Worden er voldoende acties genomen nadat de melding heeft plaatsgevonden? (Goede analyse, duidelijke verbetermaatregelen en feedback)

Mogelijke zwakke punten:

- Geen duidelijke feedback
- Er wordt niets concreet met de meldingen gedaan
- Te lange tijdsperiode tussen melding en maatregel
- Geen duidelijke communicatie naar het personeel toe
- Ontbreken van (één van de) 7 stappen van het near miss management system
- Beperkte middelen (om eventueel analyse fase tot een goed einde te brengen)
- Geen melding van near misses

Opportunities

- Ziet u in de toekomst mogelijkheden om uw systeem te verbeteren?
- Denkt u dat er elementen zijn die efficiënter kunnen en zo eventueel kostenbesparingen kunnen teweeg brengen?
- Ziet u een mogelijkheid om informatie over verschillende ziekenhuizen te delen? Eventueel één nationaal meldsysteem te maken? (of zijn de kosten en tijd hiervoor nodig te groot?)
- Denkt u dat er een mogelijkheid bestaat om de patiënten (nog dichter) bij het meldproces te betrekken? Mogelijkheden om patiënten van thuis uit meldingen te laten doen van fouten?
- Denkt u dat een cultuuraanpassing (naar een open cultuur, waarin veiligheid prioriteit is en aangemoedigd wordt) een verbetering zou kunnen teweeg brengen?
- Denkt u dat het publiceren van rapporten i.v.m. het aantal fouten, type van fouten,.. een open samenleving waarin aandacht voor veiligheid centraal staat bevordert? Of bent u van mening dat deze er net voor zal zorgen dat er een soort paniek-reactie zal ontstaan bij de mensen? (Bijvoorbeeld Zweden en Slovenië)

Mogelijke opportuniteiten:

- één nationaal meldsysteem
- gegevens bekend maken bij het publiek

Bedreigingen

- Wat zijn de grootste bedreigingen voor het huidige systeem?
- Denkt u dat door de bescherming (anonimiteit) van de melder er bepaalde zware overtredingen niet gestraft worden?
- Denkt u dat een verplicht meldsysteem bv. opgelegd door de overheid, een vermindering van het aantal melding met zich zou meebrengen?

Mogelijke bedreigingen:

- Juridisch systeem
- Mogelijke boetes ten gevolge van een melding
- Patiënten die misbruik maken (bv. ontevredenheid uiten i.p.v. fout melden)
- Wanneer de selectiefase niet goed verloopt, gaat men veel te veel aantal meldingen analyseren of net te weinig

Bijlage 5: Lijst met deelnemende ziekenhuizen

- U.Z. Leuven
- Jessa Ziekenhuis
- Ziekenhuis Oost-Limburg
- U.Z. Gent
- A.Z. Sint Dimpna
- A.Z. Vesalius Tongeren
- Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Tienen
- Regionaal Ziekenhuis Sint-Trudo
- A.Z. Sint Elisabeth Herentals
- Mariaziekenhuis Noord-Limburg
- Heilig Hartziekenhuis Mol
- ZNA Antwerpen, Campus Stuivenberg
- A.Z. Alma
- Heilig Hartziekenhuis Roeselare-Menen
- A.Z. Sint Lucas Brugge

Deze ziekenhuizen kregen een willekeurige letter toegekend. De volgorde van de ziekenhuizen komt niet overeen met de toegekende letters.

Ziekenhuis A	Operationeel verantwoordelijke A	Directielid A	Verpleegkundige A
Ziekenhuis B	Operationeel verantwoordelijke B	Directielid B	Verpleegkundige B
Ziekenhuis C	Operationeel verantwoordelijke C	Directielid C	Verpleegkundige C
Ziekenhuis D	Operationeel verantwoordelijke D	Directielid D	Verpleegkundige D
Ziekenhuis E	Operationeel verantwoordelijke E	Directielid E	Verpleegkundige E
Ziekenhuis F	Operationeel verantwoordelijke F	Directielid F	Verpleegkundige F
Ziekenhuis G	Operationeel verantwoordelijke G	Directielid G	Verpleegkundige G
Ziekenhuis H	Operationeel verantwoordelijke H	Directielid H	
Ziekenhuis I	Operationeel verantwoordelijke I	Directielid I	
Ziekenhuis J	Operationeel verantwoordelijke J	Directielid J	
Ziekenhuis K	Operationeel verantwoordelijke K	Directielid K	
Ziekenhuis L	Operationeel verantwoordelijke L		Verpleegkundige L
Ziekenhuis M	Operationeel verantwoordelijke M		Verpleegkundige M
Ziekenhuis N	Operationeel verantwoordelijke N		
Ziekenhuis O		Directielid O	Verpleegkundige O

Bijlage 6: Hazard Scoring Matrix

HFMEA™ Hazard Scoring Matrix™					
Probability	Severity of Effect				
		Catastrophic	Major	Moderate	Minor
	Frequent	16	12	8	4
	Occasional	12	9	6	3
	Uncommon	8	6	4	2
Remote	4	3	2	1	

How to Use This Matrix:

- Determine the severity and probability of the hazard, based on the definitions included with this matrix.
(Note: These definitions are the same as those used in the Root Cause Analysis Safety Assessment Code.)
- Look up the hazard score on the matrix.

Catastrophic Event <i>(Traditional FMEA rating of 10—Failure could cause death or injury.)</i>	Major Event <i>(Traditional FMEA rating of 7—Failure causes a high degree of customer dissatisfaction.)</i>
<p>Patient Outcome: Death or major permanent loss of function (sensory, motor, physiologic, or intellectual), suicide, rape, hemolytic transfusion reaction, surgery/procedure on the wrong patient or wrong body part, infant abduction or infant discharge to the wrong family</p> <p>Visitor Outcome: Death or hospitalization of 3 or more visitors</p> <p>Staff Outcome: A death or hospitalization of 3 or more staff</p> <p>Equipment or facility: Damage equal to or more than \$250,000</p> <p>Fire: Any fire that grows larger than an incipient stage</p>	<p>Patient Outcome: Permanent lessening of bodily functioning (sensory, motor, physiologic, or intellectual), disfigurement, surgical intervention required, increased length of stay for 3 or more patients, increased level of care for 3 or more patients</p> <p>Visitor Outcome: Hospitalization of 1 or 2 visitors</p> <p>Staff Outcome: Hospitalization of 1 or 2 staff or 3 or more staff experiencing lost time or restricted-duty injuries or illnesses</p> <p>Equipment or facility: Damage equal to or more than \$100,000</p> <p>Fire: Not applicable—See "Moderate" and "Catastrophic"</p>
Moderate Event <i>(Traditional FMEA rating of 4—Failure can be overcome with modifications to the process or product, but there is minor performance loss.)</i>	Minor Event <i>(Traditional FMEA rating of 1—Failure would not be noticeable to the customer and would not affect delivery of the service or product.)</i>
<p>Patient Outcome: Increased length of stay or increased level of care for 1 or 2 patients</p> <p>Visitor Outcome: Evaluation and treatment for 1 or 2 visitors (less than hospitalization)</p> <p>Staff Outcome: Medical expenses, lost time, or restricted-duty injuries or illness for 1 or 2 staff</p> <p>Equipment or facility: Damage more than \$10,000 but less than \$100,000</p> <p>Fire: Incipient stage or smaller</p>	<p>Patient Outcome: No injury nor increased length of stay nor increased level of care</p> <p>Visitor Outcome: Evaluated and no treatment required or refused treatment</p> <p>Staff Outcome: First aid treatment only, with no lost time or restricted-duty injuries or illnesses</p> <p>Equipment or facility: Damage less than \$10,000 or loss of any utility without adverse patient outcome (eg, natural gas, electricity, water, communications, transport, heat/air conditioning).</p> <p>Fire: Not applicable—See "Moderate" and "Catastrophic"</p>

Probability Rating Scale

- Frequent** – Likely to occur immediately or within a short period (may happen several times in 1 year).
Occasional – Probably will occur (may happen several times in 1 to 2 years).
Uncommon – Possible to occur (may happen sometime in 2 to 5 years).
Remote – Unlikely to occur (may happen sometime in 5 to 30 years).

Bijlage 7: Samenvatting wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg

Na het uitvoeren van het praktijkonderzoek heeft er zich nog een belangrijke gebeurtenis voorgedaan in de wereld van de gezondheidszorg. Op 31 maart 2010 werd de 'Wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg' doorgevoerd. Deze wet, gebaseerd op het Franse systeem, regelt de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg. De wet doet geen afbreuk aan het recht van het slachtoffer of zijn rechthebbenden om, overeenkomstig de regels van het gemeen recht, de vergoeding van de schade voor de hoven en rechtbanken te vorderen. Schade van gezondheidszorg die het gevolg is van een experiment of een verstrekking van gezondheidszorg die werd verricht met een esthetisch doel en die niet terugbetaalbaar is, valt niet onder de toepassing van deze wet.

Concreet regelt de wet de oprichting van een Fonds dat slachtoffers of rechthebbenden vergoedt in vier gevallen:

- wanneer de schade is veroorzaakt door een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, voor zover de schade voldoet aan enkele voorwaarden inzake ernst;
- wanneer het Fonds oordeelt of wanneer vaststaat dat de schade is veroorzaakt door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener, wiens burgerlijke aansprakelijkheid niet of niet voldoende is gedekt door een verzekeringsovereenkomst;
- wanneer het Fonds oordeelt dat de schade veroorzaakt door een feit dat aanleiding geeft tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener en wanneer deze of zijn verzekeraar de aansprakelijkheid betwist, voor zover de schade voldoet aan enkele voorwaarde inzake ernst;
- wanneer de verzekeraar die de aansprakelijkheid dekt van de zorgverlener die de schade heeft veroorzaakt een voorstel tot vergoeding doet dat het Fonds kennelijk ontoereikend vindt.

De schade geeft slechts aanleiding tot vergoeding via het Fonds wanneer ze aan één van de volgende voorwaarden voldoet:

- de patiënt is getroffen door blijvende invaliditeit van 25% of meer;
- de patiënt is getroffen door een tijdelijke arbeidsongeschiktheid gedurende minstens zes opeenvolgende maanden of zes niet opeenvolgende maanden over een periode van twaalf maanden;

- de schade verstoort bijzonder zwaar, ook economisch, de levensomstandigheden van de patiënt;
- de patiënt is overleden.

Het fonds zal in eerste instantie nagaan of de zorgverlener aansprakelijk gesteld kan worden voor de schade of dat er sprake is van een ongeval zonder aansprakelijkheid (therapeutisch risico). Wanneer de zorgverlener aansprakelijk gesteld kan worden, zal hij of zijn verzekeringsmaatschappij aangesproken worden tot betaling van een vergoeding. Indien er geen sprake is van aansprakelijkheid van de zorgverlener, betaalt het fonds de patiënt een vergoeding. Wanneer de zorgverlener of verzekeraar de aansprakelijkheid betwist en niet wenst te betalen, zal het Fonds de patiënt vergoeden en treedt deze vervolgens in de rechten van de aanvrager. Wanneer het Fonds van mening is dat het voorgestelde bedrag dat de verzekeraar of zorgverlener voorstelt ter vergoeding kennelijk tekort schiet, stelt het Fonds zich in de plaats van de verzekeraar en betaalt een aanvaardbaar bedrag aan de patiënt. Vervolgens treedt het Fonds opnieuw in de rechten van de aanvrager tegen de zorgverlener.

In het kader van de behandeling van de aanvraag kan het Fonds bij de aanvrager of zijn rechthebbenden, bij alle zorgverleners die betrokken zouden kunnen zijn of bij de zorgverleners die de patiënt hebben behandeld, of bij elke andere persoon alle documenten en informatie opvragen die nodig zijn om de oorzaken, omstandigheden en gevolgen van de schade als gevolg van gezondheidszorg, waarvoor de aanvraag is ingediend, te kunnen beoordelen.

Het grote verschil met de voorgaande situatie in geval van een medische fout, is dat de patiënten ten gevolge van deze wet niet meer moeten bewijzen dat er een fout gebeurd is vooraleer ze recht hebben op een vergoeding. Door de invoering van deze wet vervalt de bewijslast. Dit maakt het voor patiënten veel gemakkelijker om een compensatie te ontvangen voor de gelede schade (Belgisch Staatsblad, 2010).

Auteursrechtelijke overeenkomst

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

Feasibility studie met betrekking tot de vergelijking van incident-meldingssystemen in de Vlaamse ziekenhuizen

Richting: master in de toegepaste economische wetenschappen-beleidsmanagement

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,

Mertens, Lobke

Datum: **27/05/2010**