

Barrières voor verpleegkundigen in de dagelijkse praktijk

Van melding incidenten tot invoering verbeteringen

Bij de uitvoering van verpleegkundige werkzaamheden worden fouten gemaakt. Het is belangrijk om deze incidenten te onderzoeken en te achterhalen waarom bepaalde veiligheidsmechanismes onvoldoende hebben gefunctioneerd. Toch worden niet alle incidenten gemeld. Dit artikel gaat over het proces van incidentmeldingen en welke barrières verpleegkundigen daarbij ervaren.

Anja H. Brunsveld-Reinders, kwaliteitsadviseur
directoraat Kwaliteit en Patiëntveiligheid, LUMC

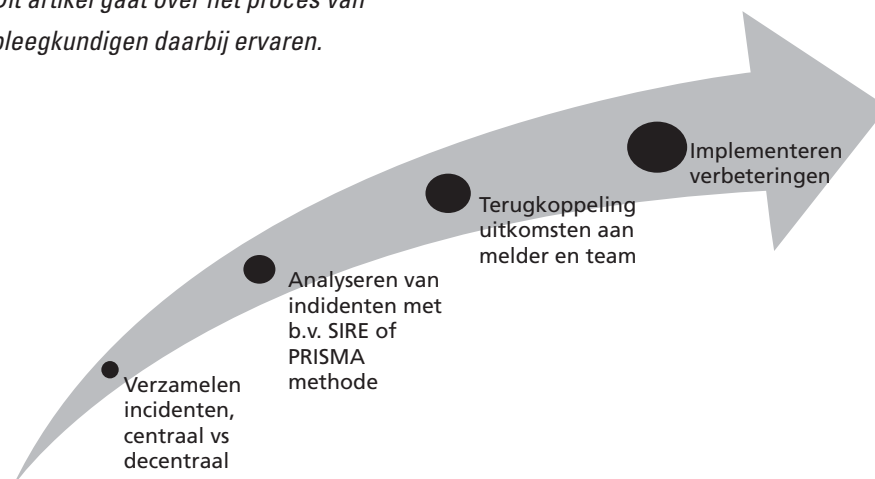
E-mail: A.H.Brunsveld-Reinders@lumc.nl

Net zoals overal worden ook in het dagelijks werk van verpleegkundigen fouten gemaakt die direct of indirect consequenties hebben voor de patiënt. Door deze incidenten te onderzoeken kan achterhaald worden waarom bepaalde barrières ofwel veiligheidsmechanismen in het uitvoeren van het werk onvoldoende gefunctioneerd hebben. Op basis van de analyses kunnen verbetermaatregelen geformuleerd worden om herhaling te voorkomen. Toch blijken er barrières te bestaan, waardoor verpleegkundigen incidenten niet altijd melden.

Belang van melden van incident

Met de verschijning van het rapport 'To Err is human'¹ in 2000 is patiëntveiligheid een steeds belangrijker begrip geworden in de gezondheidszorg. De rapporten over onbedoelde schade in de Nederlandse ziekenhuizen hebben duidelijk gemaakt dat de geleverde zorg voor patiënten verbeterd kan worden.²⁻⁴ Tot de middelen om inzicht te krijgen in wat er niet goed gaat in de zorgverlening behoren het schrijven van een FONA, het melden van incidenten in een incidentregistratiesysteem en de klachten die patiënten indienen bij de klachtenfunctionaris.

Sinds 1984 zijn alle ziekenhuizen verplicht om een Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg / Fouten of Near Accidents (MIP/FONA-commissie) te hebben.⁵ Deze commissie onderzoekt de toedracht van de opgetreden incidenten en adviseert het betrokken personeel over mogelijke preventiemaatregelen. De commissies



Figuur 1. Proces van melding tot verbetering

functioneren op ziekenhuisniveau, waardoor de effectiviteit beperkt is. Door een gebrek aan afdelingsspecifieke kennis is het onmogelijk om de incidenten optimaal te behandelen en effectieve verbetermaatregelen voor te stellen. Daarnaast neemt de afhandeling veel tijd in beslag en wordt dit proces door de professionals als onpersoonlijk ervaren.⁶ Het VMS veiligheidsprogramma in 2009 betekende de start van de methode 'Veilig Incident Melden' (VIM).⁶ Door incidenten te analyseren kunnen oorzaken gezocht worden die dicht bij het werkproces liggen. Het is belangrijk om te achterhalen hoe en waardoor het incident heeft plaatsgevonden en welke veiligheidsmechanismen onvoldoende hebben gewerkt. Het doel van het VIM was om ervoor te zorgen dat professionals zelf incidenten analyseren en op basis van de analyses verbeteringen formuleren. Het leereffect is op die manier vele malen groter en herhaling van incidenten wordt zo voorkomen.

Van melding tot verbetering

Door incidenten te verzamelen die door zorgprofessionals zijn gerapporteerd, komt er informatie beschikbaar die op een systematische wijze geanalyseerd kan worden. Met deze analyse is het mogelijk om verbeteracties in gang te zetten die ten goede komen aan de patiëntveiligheid en de kwaliteit van de zorg. Het meldingsproces kent verschillende fasen.⁶

Verzamelen van incidenten

Allereerst is het belangrijk vast te stellen of een incident op één afdeling heeft

Wat is een incident?

In de zorg worden verschillende soorten begrippen gebruikt om aan te geven wanneer een afwijking in de zorg heeft plaatsgevonden.⁷ Een incident wordt omschreven als 'een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden'.⁸

plaatsgevonden of dat er meerdere afdelingen bij betrokken zijn. In het eerste geval kan het incident afgehandeld worden door de VIM-commissie van de desbetreffende afdeling. In het tweede geval kunnen de betrokken afdelingen een gezamenlijke analyse maken en tot een verbeteractie komen die wordt gedragen door deze afdelingen. Voor ernstige incidenten bestaat een andere procedure; deze worden gemeld bij de Raad van Bestuur. In overleg met de professional in de instelling die belast is met het IGJ-dossier, wordt het incident vervolgens gemeld bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

Analyseren van incidenten

Binnen iedere instelling bestaan afspraken over welke incidenten geanalyseerd moeten worden en welke niet. Voor een analyse bestaan verschillende technieken, waaronder de veel gebruikte SIRE (*Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie*) methode en PRISMA (*Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis*) methode. Bij het analyseren van incidenten wordt achterhaald welke basisoorzaken ten grondslag liggen aan het optreden van het desbetreffende incident. Wanneer de basisoorzaken bekend zijn, worden deze geclassificeerd. Daarna worden verbetermaatregelen vastgesteld, zodat het incident niet meer optreedt.

Terugkoppelen resultaat analyse

Het is belangrijk dat de melder van een incident een terugkoppeling krijgt over de resultaten van de analyse en de voorgestelde verbetering, zodat hij zich serieus genomen voelt en gestimuleerd wordt om vaker een incident te melden. Hetzelfde geldt voor de terugkoppeling binnen een team. Het blijkt dat de betrokkenheid van professionals toeneemt wanneer zij goed geïnformeerd en zich bewust zijn van datgene wat er mis kan gaan. De terugkoppeling kan op verschillende manier plaatsvinden:

- De melder:
 - Schriftelijk of mondeling op de hoogte stellen van de analyse en de geformuleerde verbetermaatregelen;

- Via het digitale meldingssysteem kunnen melders vaak de melding en de voortgang ervan volgen.
- Het team:
 - Schriftelijk (bijvoorbeeld een nieuwsbrief) of via een werkoverleg een overzicht geven van het aantal en soort meldingen met de verbetermaatregelen die ingezet zijn;
 - Via de interne webpagina op een afdeling waarin deze gegevens vermeld staan.

Implementeren verbeteringen

Om verbetermaatregelen in te voeren in de dagelijkse praktijk is het belangrijk dat deze gericht zijn op het ‘systeem’ en niet op de ‘mens’. De formulering “de professional moet beter opletten” zal niet bijdragen aan het oplossen van het probleem.

Barrières om incidenten te melden

Het is bekend dat het aantal incidenten dat gemeld wordt een onderschatting is van het daadwerkelijke aantal incidenten dat in de dagelijkse praktijk plaatsvindt. Deze onderrapportage van incidenten heeft meerdere oorzaken, die onderverdeeld kunnen worden in aspecten als structuur, proces, uitkomst, attitude/motivatie en angst voor represailles.⁹

Structuur

Hieronder wordt verstaan dat de kwaliteit van zorg enerzijds bepaald wordt door de competenties van de zorgverlener en anderzijds door de beschikbaarheid van faciliteiten die nodig zijn om goede kwaliteit van zorgverlening te kunnen leveren.

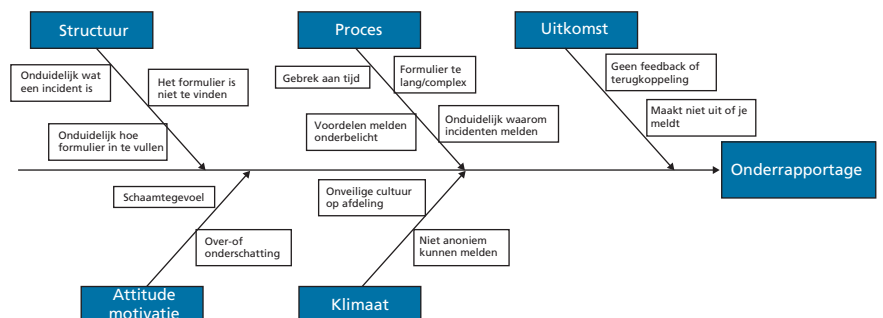
Voor de verpleegkundige is het niet altijd duidelijk wat een incident is.

Evenmin weet de verpleegkundige hoe een incident te melden in het incidentenregistratiesysteem (IRS) van het ziekenhuis; vindplaats van het formulier is onbekend alsmede de wijze van invullen. Daarnaast is onduidelijk wie een incident moet melden: degene die het incident heeft veroorzaakt of degene die het incident heeft opgemerkt? Zonder goede afspraken hierover kan gemakkelijk verwarring optreden. Deze barrières of hindernissen zijn in de praktijk goed aan te pakken door implementatie van het IRS op de afdeling. Een aantal aspecten is daarbij van belang:

- Het verduidelijken van de definitie van het incident: wat wordt er onder verstaan en op welke manier zijn incidenten te herkennen in de praktijk. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van voorbeelden, zodat het duidelijk wordt om welke incidenten het gaat.
- Een handleiding waarin gezocht kan worden, als het niet duidelijk is of de situatie die zich heeft voorgedaan een incident is.
- Onbekendheid met het systeem valt op te lossen door aan te geven waar het incident gemeld kan worden. Als het een papieren formulier betreft, verdient het de voorkeur om dit op een centrale plaats op de afdeling te plaatsen. Als het om een elektronisch formulier gaat, wordt aangeraden om dit binnen het huidige patiënt data managementsysteem te implementeren.

Proces

Het proces heeft betrekking op de wijze waarop de feitelijke zorg wordt verleend. Welke handelingen worden op welk moment verricht en zijn deze



Figuur 2. Barrières in de praktijk

in overeenstemming met de richtlijnen en standaarden van de betreffende beroepsgroep. De belangrijkste barrières die binnen het proces op kunnen treden, zijn: het is niet duidelijk waarom er incidenten gemeld moeten worden en welke voordelen de melding van incidenten oplevert. Als professional heb je een morele plicht (door de hulpverlener ervaren professionele verantwoordelijkheid) om incidenten te melden die voortkomen uit het verlenen van zorg. Voordelen van het melden van incidenten zijn dat er inzicht ontstaat in datgene wat niet goed gegaan is bij het verlenen van de zorg en dat daardoor verbeteringen kunnen worden ingevoerd die leiden tot hogere kwaliteit van de zorg.

Andere barrières voor het melden van een incident zijn gebrek aan tijd door de werkdruk op de afdeling en de complexiteit van het formulier. Een formulier met een aantal eenvoudig in te vullen vragen werkt beter dan een formulier van meerdere pagina's.

Uitkomst

Hiermee wordt bedoeld of de resultaten gehaald zijn die we mochten verwachten op basis van de verstrekte zorg. Het gebrek aan feedback op de gerapporteerde incidenten is een barrière die maakt dat er minder incidenten gemeld gaan worden. Terugkoppeling en rapportage zijn belangrijke factoren om verpleegkundigen gemotiveerd te houden voor het melden van incidenten. Een andere factor die kan bijdragen tot het niet melden van incidenten, is dat het niet uitmaakt of je een incident meldt of niet.

In de literatuur is beschreven dat op verschillende manieren feedback gegeven kan worden op de gerapporteerde incidenten:

- Wanneer de melder een melding heeft gemaakt in het IRS is het belangrijk dat de melder gelijk weet dat de melding is aangekomen;
- Door persoonlijk de melder op de hoogte te brengen van de uitkomsten van de analyse en de mogelijke oplossingen die hieruit zijn voortgekomen;
- Gebruik maken van een nieuwsbrief die op reguliere basis wordt uitgegeven en waarin terugkoppeling wordt gegeven over het aantal incidenten en de (mogelijke) oplossingen die geformuleerd en geïmplementeerd zijn;

- Feedback kan ook gegeven worden in besprekingen die op regelmatige tijdstippen worden georganiseerd en waarin men kan discussiëren over mogelijke oplossingen (zoals een klinische les, werkbespreking).¹⁰ Hierbij wordt een beroep gedaan om met elkaar samen te werken en zo tot een oplossing te komen die door alle partijen gedragen wordt.

Attitude/motivatie


De attitude van de verpleegkundige speelt een belangrijke rol bij het niet melden van incidenten. Gedacht kan worden aan zelfoverschatting, onderschatting en burn-out van de verpleegkundige. Daarnaast ervaart een verpleegkundige een groot schaamtegevoel wanneer hij een incident meemaakt. Als verpleegkundige ben je bezig om dagelijks de beste zorg aan de patiënt te verlenen. Wanneer iets verkeerd gaat, heb je het gevoel dat je gefaald hebt. Het is daarom belangrijk om binnen een team een klimaat te creëren waarin het gebruikelijk is om over incidenten te spreken en die ook te melden.

Klimaat

Het creëren, stimuleren en in stand houden van een veiligheidscultuur is belangrijk om ervoor te zorgen dat professionals incidenten rapporteren. Binnen een veiligheidscultuur is sprake van openheid en transparantie en medewerkers zijn bereid om te leren van incidenten. Het is vanzelfsprekend dat incidenten op een veilige manier gemeld en besproken worden. Hierbij spelen anonimiteit van de melder en het vrijwillig of verplicht melden van incidenten een rol. De drempel om te melden wordt lager wanneer er anoniem gemeld kan worden. Een nadeel hiervan is dat er geen nadere informatie op te vragen is bij de melder, waardoor het incident onvoldoende geanalyseerd kan worden. Verplicht melden kan leiden tot ondermijning van het benodigde vertrouwen bij de professional, maar vrijwillig melden kan ertoe leiden dat incidenten niet gemeld worden.

Betrokkenheid patiënten

Patiënten krijgen een steeds grotere rol in de zorg en bij verbeteringen in de zorg. De patiënt kan ook een

rol krijgen in het denken over hoe schade te voorkomen is en zo bijdragen aan verbeteringen. Bij het onderzoek naar ernstige incidenten, waarbij een interne onderzoekscommissie ingesteld wordt, wordt in het interview met de patiënt en zijn naasten gevraagd hoe dergelijke incidenten voorkomen kunnen worden en welke verbetermaatregelen zij zien, zodat het incident niet meer optreedt. 

Literatuur

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system Washington DC: Institute of Medicine. National Academy Press; 2000.
2. Langelaan M, Bruijine MCd, Baines RJ, Broekens MA, Hammink K, Schilp J, et al. Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012: dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Amsterdam: Utrecht, EMGO+ Instituut/VUmc, NIVEL; 2013.
3. Langelaan M, Broekens MA, Bruijine MCd, Groot JFd, Moesker MJ, Porte PJ, et al. Monitor zorggerelateerde schade 2015/2016: dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen. NIVEL; 2017.
4. De Bruijine MC, Zegers M, Hoonhout LHF, Wagner C. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen: dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004 Amsterdam: Instituut voor Extramurale Geneeskundig Onderzoek; 2007.
5. Legemaate J, Christiaans-Dingelhoff I, Doppegieter RMS, Roode de RP. Melden van incidenten in de gezondheidszorg Utrecht2006
6. VMS_veiligheidsprogramma (https://www.vmszorg.nl/wp-content/uploads/2017/07/web_2009.0106_praktijkgids_vim.pdf)
7. Brunsveld-Reinders AH. Opkomst en invoering van patiëntveiligheid. Cordiaal. 2018(2):52-5.
8. Wagner C, van der Wal G. Begrippenkader patiëntveiligheid: incidenten, complicaties en adverse events. Medisch contact 2005;60(74):1888-91.
9. Noble DJ, Pronovost PJ. Underreporting of patient safety incidents reduces health care's ability to quantify and accurately measure harm reduction. J Patient Saf. 2010;6(4):247-50.
10. Benn J, Koutantji M, Wallace L, Spurgeon P, Rejman M, Healey A, et al. Feedback from incident reporting: information and action to improve patient safety. Qual Saf Health Care. 2009;18(1):11-21.