

Vragen Voor Veiligheid

De betekenis van Patiëntveiligheid in de Eerste Lijn

Publicatiedatum

December 2009

Auteurs

Antoinette de Bont

Sonja Jerak

Marleen de Mul

Dorien Zwart

Contactgegevens

Erasmus Universiteit Rotterdam

instituut Beleid & Management

Gezondheidszorg

E: research@bmg.eur.nl

T: 010 408 8555

W: www.bmg.eur.nl



1. Introductie

De opdracht van ons onderzoek is om - in aanloop van het NEO-programma 'Zorg voor Veiligheid' - de betekenis van patiëntveiligheid in en voor de eerste lijn te beschrijven. Vragen van professionals over patiëntveiligheid waren de aanleiding voor dit onderzoek.

Fysiotherapeuten, verpleegkundigen in de thuiszorg, tandartsen maar ook huisartsen en verloskundigen hebben moeite om over hun werk te spreken in de huidige termen van patiëntveiligheid.

1.1. Vragen over patiëntveiligheid

Vragen van professionals over nieuwe initiatieven en nieuwe regels worden snel geduid als implementatieproblemen (Zuiderent-Jerak 2007). De kennis over en de instrumenten voor het verbeteren van patiëntveiligheid zouden nog onvoldoende bekend zijn dan wel niet ingevoerd zijn in de praktijk. Oplossingen voor implementatieproblemen worden gezocht in het creëren van draagvlak, via communicatie en best-practices. Als het creëren van draagvlak lastig wordt, spreken we over weerstand –weerstand om te veranderen of, erger nog, om verantwoordelijkheid te nemen. We doen professionals daarmee tekort. In gesprekken die we met professionals en vertegenwoordigers van beroepsorganisaties hebben gevoerd, stelde niemand de vraag naar het belang van veilige zorg. Professionals vinden het voorkomen en herstellen van fouten belangrijk. "Ik zal aan de patiënt geen schade doen" is een belangrijke professionele waarde. Zij hebben een andere vraag. "Wat is patiëntveiligheid?" "Wat is een incident?"

Zorgprofessionals vinden het voorkomen van schade belangrijk, maar herkennen de risicoproblemen van hun werk niet in de huidige aanpak van patiëntveiligheid. In de wetenschappelijke literatuur en in beleidsstukken is patiëntveiligheid gedefinieerd als onbedoelde schade uitgedrukt in maat (ernst) en getal (frequentie). In de eerste lijn komt ernstige schade zoals blijvende beperkingen of overlijden zelden voor. Dit geldt zeker voor de disciplines logopedie, mondhygiëne, tandheelkunde, fysiotherapie (Harmsen et al. 2009). Maar er is meer aan de hand. De definitie van patiëntveiligheid veronderstelt dat de kans op en de omvang van de schade berekend kan worden. Met andere woorden, de definitie gaat er vanuit dat er voldoende kennis is over wat de schade is en hoe de schade ontstaat. Veelal is de schade niet alleen onbekend, de schade is ook lastig vast te stellen (Harmsen et al. 2009). Bovendien wordt verondersteld dat het voorkomen van één specifiek risicoprobleem het enige of het meeste zwaarwegende belang is. Ook dat ligt complexer. Kortom, de kennis over de risicoproblemen en de criteria voor de beoordeling van de noodzaak tot ingrijpen is niet

in alle gevallen eenduidig. Neem het missen van een diagnose of het uitstellen van een behandeling –twee specifieke risicoproblemen voor de eerste lijn. Bij het stellen van een diagnose, of nog beter gezegd bij de afweging pluis/niet-pluis worden meerdere belangen tegen elkaar afgewogen, zoals de ernst en het verloop van een mogelijke ziekte, de kans hier op, onnodige medicalisering en zuinig omgaan met de beperkte middelen met het oog op de betaalbaarheid en daarmee de toegang tot de zorg. Met andere woorden, het uitstellen van onnodige diagnostiek en het missen van een diagnose zijn twee zijden van dezelfde medaille. Vandaar de vraag: Is het missen van een diagnose een incident of een inherent onderdeel van de zorg in de eerste lijn?

1.2. De opzet van het rapport

In dit rapport staan we stil bij de betekenis van patiëntveiligheid. We beginnen bij zorgprofessionals omdat zij primair verantwoordelijk voor de veiligheid van de zorg. Welke betekenis geven zij aan patiëntveiligheid? Welke manieren hebben professionals om risico's te bespreken en hoe vormen die instrumenten de perceptie van de aard van de risico's? Vervolgens maken we de stap naar het management en bestuur van eerstelijns organisaties. Veiligheid is een zaak van vele handen. Professionals zorgen voor kwaliteit en veiligheid, managers, eventuele staf en bestuurders zijn verantwoordelijk dat goede kwaliteit geleverd kan worden (Tronto 1994). Nu is er een kleine organisatie is geen staf en vervullen professionals de taak van manager en bestuurder. Een deel van de functies en taken die in grotere organisaties worden vervuld door de staf en bestuur, wordt in de eerste lijn door de beroepsorganisaties uitgevoerd. De eerstelijns beroepsorganisaties hebben bijvoorbeeld de taak op zich genomen om voor de eigen beroepsgroep een visie op patiëntveiligheid te ontwikkelen die past bij de eigen organisatievorm. Ook hebben zij de taak op zich genomen om een procedure te beschrijven voor het melden van incidenten in hun sector. We stellen dezelfde vraag: Welke instrumenten hebben managers/ bestuurders om risico's te beoordelen en hoe vormen die instrumenten de perceptie van de aard van de risico's? Tot slot maken we de stap naar het maatschappelijk debat. Er zijn vanuit de media, de Tweede Kamer en de kwaliteitsprogramma's zoals Sneller Beter 3 sterke prikkels om de complexiteit van veiligheid te reduceren tot een relatief eenvoudig risicoprobleem die met de beschikbare kennis stapsgewijs (plan-do-act-check) kan worden opgelost. De wijze waarop het thema patiëntveiligheid wordt besproken in het publieke debat heeft belangrijke consequenties voor de wijze waarop het veiligheid in de alledaagse praktijk vorm krijgt.

2. De betekenis van veiligheid in de alledaagse zorg

Zoals gezegd, beginnen we bij de betekenis van patiëntveiligheid voor zorgprofessionals. Hoe maken zij risicoproblemen bespreekbaar? Het maken van fouten is, zoals in elke complex proces, een inherent onderdeel van de zorg (Jensen 2008, Hollnagel, Woods & Leveson 2006). Omgaan met (mogelijke) fouten is dan ook een belangrijk onderdeel van zorgwerk. Volgens Bosk is een centraal onderdeel van het opleiden van zorgprofessionals het leren onderscheid te maken tussen welke fouten wel gemaakt mogen worden (bijvoorbeeld beoordelingsfouten) en welke fouten niet gemaakt mogen worden (zoals het negeren van een fout waardoor deze niet hersteld kan worden) (Bosk 2003, Witman 2008).

Zorg voor de veiligheid is echter veelal een impliciet en daarmee voor buitenstaanders een onzichtbaar proces. Ten eerste worden fouten op een indirecte wijze besproken (Witman 2008). In overdrachten en intervisie stellen professionals elkaar vooral vragen. Heb je gedacht aan [...]? Zou het een onbedoeld effect kunnen zijn van [...] ? Risicoproblemen of tekortkomingen in de zorg worden in een vraag bespreekbaar gemaakt. Een formeel systeem waar risicoproblemen zwart of wit en gestructureerd in vooraf omschreven categorieën openbaar worden gemaakt, past daarbij niet kan averechts werken. (Iedema, R.A.M., C. Jorm, D. Long, J. Braithwaite, J. Travaglia, M. Westbrook 2005, Iedema et al. 2008). Risicoproblemen worden juist minder bespreekbaar. Ter verduidelijking geven we een voorbeeld. In een recente studie naar patiëntveiligheid in de eerste lijn hebben we laten zien dat bij veilig incidenten melden opvallend veel administratieve incidenten worden gemeld (zoals het maken van een afspraak op een verkeerde tijd of het niet tijdig klaar zetten van de benodigde spullen voor een behandeling). Andere type incidenten zoals diagnosefouten of fouten bij het tijdig verwijzen van patiënten worden niet of nauwelijks gemeld (Vonk, Zwart, De Bont 2009).

Ten tweede draait veiligheid in de alledaagse zorg om impliciete kennis en ongeschreven regels die de zorg veiliger maken (Mesman to be published). De veiligheid van de zorg is afhankelijk van het vermogen van professionals om in situaties die het systeem niet aankan de goede oplossing vinden. In de huidige benadering van patiëntveiligheid blijft dit werk onzichtbaar (Mesman to be published). Het onderzoek over en het beleid rond patiëntveiligheid richt zich op wat er mis gaat, wat ontbreekt, waar regels niet gevolgd worden, etc. Daarmee blijft onzichtbaar hoe in het dagelijkse werk de veiligheid van zorg wordt gerealiseerd. Waarom gaat het eigenlijk niet vaker mis? De schade kan niet in alle gevallen niet voorkomen worden door de regels te volgen. Sterker nog, het beperken van de mogelijke schade vraagt

ook om een herinterpretatie van regels of om het 'in situ' formuleren van nieuwe regels.

Bekend is het werk van Hollnagel over resilience, dat wil zeggen het vermogen om te reageren op incidenten en daarmee de (toekomstige) schade te voorkomen (Hollnagel, Woods & Leveson 2006). Professionals zijn beter in staat om te reageren op incidenten als zij er in slagen om

- de verschillen en tegenstellingen tussen doelstellingen te benoemen en te managen. En dus weerstand bieden tegen de neiging om problemen te simplificeren;
- de aanpassingen, aanvullingen en bewuste schendingen van de regels en procedures te erkennen en onderdeel maken van een bewuste strategie.

Hoewel we de beperkingen van de huidige benadering van patiëntveiligheid willen laten zien, is dit rapport geen pleidooi tegen regels en procedures en voor professionele autonomie als waarde op zich. Vanaf de jaren 70 is er groeiende kritiek op de gesloten en besloten cultuur van de professies in de gezondheidszorg. De kritiek op de gesloten en besloten cultuur van professies heeft ondermeer geleid tot de opkomst van de evidence-based medicine. De protocollen boden nieuwe manieren om risicoproblemen te typeren (Timmermans, Berg 2003, Zuiderent-Jerak et al. in press). Dankzij protocollen kunnen risico's waarvoor veel evidentie bestaat en waarvoor de maatregelen ter voorkoming van de schade bekend zijn op een meer directieve en normerende manier worden aangepakt. Verschillen tussen het handelen van professionals duiden dan op verschillen in de kwaliteit van zorg. Of als richtlijnen slechts in beperkte mate worden gevolgd, dan levert een deel van de professionals geen goede kwaliteit, te weten diegene die onberedeneerd van de protocollen afwijkt.

Daarbij zijn professionals niet alleen verantwoordelijk voor de kwaliteit van hun eigen werk, maar dragen ook verantwoordelijkheid voor de uitkomst van het totale zorgproces (Levay, Waks 2009., Pickard 2009). De kwaliteit en de veiligheid van de zorg wordt niet bepaald door de professionele kwaliteit alleen maar ook door de organisatorische kwaliteit. Het huidige kwaliteitsbeleid is dan ook gericht op de integratie van professionele en organisatorische kwaliteit dimensies. Een voorbeeld is de invoering van niet-klinische competenties in de opleidingen, het zogenaamde CanMED 2000 model (Frank 2005). Het Canmed model, ontwikkeld in Canada (vandaar de toevoeging Can) beschrijft zeven competenties van zorgprofessionals medisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie, professionaliteit. Het model veronderstelt dat professionals verantwoordelijk zijn voor de uitkomsten van het gehele zorgproces. Professionals zijn alleen verantwoordelijk voor het uitvoeren van hun specifieke taak (bijvoorbeeld verpleegkundige handelen) maar worden ook verantwoordelijk voor de uitkomst van het gehele zorgproces en daarmee voor de organisatie en coördinatie van de zorg.

Professionals zijn er nog onvoldoende in geslaagd om de organisatorische en zorginhoudelijke overwegingen aan elkaar te verbinden. Het eerder genoemde voorbeeld over het ontbreken van medische incidenten in de systemen voor het veilig melden van incidenten, laat niet alleen zien hoe bepaalde risico's onzichtbaar en mogelijk onbesproken blijven, maar ook hoe incidenten in de organisatie van de zorg

en incidenten in de zorgverlening gescheiden van elkaar worden onderzocht en aangepakt. Zorginhoudelijk incidenten worden namelijk wel besproken, maar op andere momenten en op andere manieren, bijvoorbeeld in de toetsgroepen. Er lijken twee circuits te ontstaan, een voor het bespreekbaar maken van organisatorische risicoproblemen en een voor de zorginhoudelijke risicoproblemen. Het is een bekend verschijnsel dat de meeste risico's zich juist voordoen op de grensgebieden tussen disciplines en tussen organisatorische eenheden. Daar kan een soort 'niemandslaan' ontstaan met een relatief grotere kans op fouten als het bestaan van dat niemandslaan niet wordt erkend. Het gaat kortom niet alleen om de interventies op individueel niveau of de acties op teamniveau, maar juist ook de wijze waarop patiëntveiligheid wordt gerealiseerd en verbeterd in verschillende zorgprocessen over disciplines en organisaties heen.

3. Een sluitend kwaliteitsysteem

Van de betekenis van patiëntveiligheid voor zorgprofessionals maken we nu de stap naar de betekenis van veiligheid voor eerstelijns organisaties. In het convenant “Vanzelfsprekende Veiligheid” hebben de beroepsorganisaties de opdracht aanvaard om het gebruik van patiëntveiligheidsinstrumenten te bevorderen. In deze paragraaf staan we stil bij welke betekenis patiëntveiligheid in de voorgestelde maatregelen heeft gekregen. Welke instrumenten worden geïmplementeerd en hoe vormen die instrumenten de perceptie van de aard van de risicoproblemen?

Er zijn, zo blijkt uit de door VWS, ZonMW en het NEO uitgevoerde inventarisatie, vele initiatieven voor de ontwikkeling van veiligheidsinstrumenten. De meeste initiatieven bestaan op papier; het zijn plannen, richtlijnen en lessen. Uit de lange lijst blijft een veel kleiner aantal praktijkvoorbeelden over. Alle praktijkvoorbeelden zijn initiatieven voor het melden en analyseren van incidenten. Het Veilig Melden van Incidenten lijkt het belangrijkste instrument voor patiëntveiligheid. Althans in de eerste lijn. In het convenant staat dan ook het veilig melden van incidenten centraal. Alle beroepsorganisaties hebben zich expliciet verbonden aan de invoering van Veilig Incidenten melden.

De methodiek van het melden van incidenten is, net als de meeste andere initiatieven om de patiëntveiligheid te verbeteren, gebaseerd op een combinatie van het aloude medische principe ‘geen schade doen’ en principes uit de veiligheidskunde zoals die is ontwikkeld in de procesindustrie (Wears, Vincent 2008). Een veel gebruikte benadering voor de analyse van incidenten is de Human Factor Approach. In de gezondheidszorg worden diverse trainingen en instrumenten aangeboden die vanuit dit perspectief zijn ontwikkeld. Het doel van deze methode is om fouten in het systeem op te sporen en passende interventies te bedenken. Illustratief is een voorbeeld uit de luchtvaart (Wears, Vincent 2008). Het kwam regelmatig voor dat piloten tijdens de daling het landingsgestel dat al was uitgeklaapt, weer introkken. Uit onderzoek naar de interactie tussen de piloten en het dashboard bleek dat de stand van twee handels de fout uitlokte. De piloten die met hun blik waren gericht op de landingsbaan, bedienden de handels zonder naar het dashboard te kijken. De handels stonden dicht bij elkaar waardoor piloten per ongeluk het landingsgestel weer introkken in plaats van de vleugels uitklapten. De oplossing werd gevonden in de aanpassing van het dashboard, namelijk het uit elkaar plaatsen van de twee handels. Met andere woorden, met een systeem dat de vergissing voorkomt (Wears, Vincent 2008). Op vergelijkbare wijze worden incidenten in de zorg geanalyseerd. Een voorbeeld is de analyse van een incident met wondlijm bij een huisartsenpost. Een arts die de ogen van een patiënt wilde druppelen, pakt per ongeluk de wondlijm. Uit analyse van het incident kwam naar voren hoe de nieuwe verpakking van de wondlijm en de inrichting van de

instrumentenkar de fout had uitgelokt. De nieuwe verpakking van de wondlijm leek op de verpakking van de oogdruppels. Daarbij stonden de wondlijm en de oogdruppels dicht bij elkaar op de instrumentenkar. De oplossing lag in herinrichting van de instrumentenkar en de keuze voor een andere wondlijm.

In een historisch overzicht van patiëntveiligheid in de zorg wijst Wears en Vincent op de dominante rol die psychologie en micropsychologische studies in het bijzonder hebben gespeeld bij de conceptualisering van veiligheid (Wears and Vincent 2008). In aanvulling op Wears heeft Jensen laten zien hoe in onderzoek en beleid de organisatiekundige inzichten over fouten in complexe systemen op selectieve wijze is geïnterpreteerd (Jensen 2008). Complexe systemen bestaan uit verschillende onderdelen die elkaar op onvoorziene en onbedoelde manieren beïnvloeden.. De beschikbare kennis is niet overal geldig en is in sommige situaties of gevallen zelfs controversieel. Tenslotte bestaan er, zoals eerder opgemerkt, in een complex systeem meerdere doelen die behalve verschillend ook tegenstrijdig kunnen zijn (Jensen 2008). Incidenten zijn onvermijdelijk - incidenten zijn een normaal onderdeel van complexe processen. Perrow spreekt dan ook over 'normal accidents'. In de huidige discussie over patiëntveiligheid wordt, zoals gezegd, juist verondersteld dat fouten voorkomen kunnen worden, namelijk door systemen te ontwikkelen die het menselijke falen compenseren. De oorspronkelijke aanname uit de organisatiesociologie dat in complexe systemen fouten onvermijdbaar zijn ('normal accidents'), is versmald tot onvermijdelijkheid van alleen menselijke fouten. Deze interpretatie van de aard van complexiteit maakt de weg vrij naar een instrumentele benadering van veiligheid.

De instrumentele aanpak van patiëntveiligheid heeft sterke parallellen met kwaliteitsmanagement. Vanaf de invoering van de kwaliteitswet in 1996 is het bestuur van een zorgorganisatie verantwoordelijk voor de kwaliteit en daarmee ook voor de veiligheid van de zorg. De uitvoering van de wet is geïnterpreteerd als de plicht tot het opzetten en ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid en de daarbij behorende voorzieningen. De ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid hebben organisaties gedelegeerd naar kwaliteitsmedewerkers, of – bij kleinere organisaties - naar de staf van beroepsorganisaties. Daarmee is, zo concludeerde de Algemene Rekenkamer in een recent rapport, de Kwaliteitswet nog niet geïmplementeerd (Algemene Rekenkamer 2009). Ten eerste zijn organisaties nog onvoldoende geoutilleerd om patiëntveiligheid neer te kunnen zetten (De onderzoeksraad voor veiligheid 2008). Ten tweede is de verantwoordelijkheidsverdeling tussen organisatie en professionals nog onvoldoende helder (Algemene Rekenkamer 2009). Maar belangrijker is mogelijk nog dat kwaliteitsmanagement te ver afstaat van zowel het zorginhoudelijke werk als het strategisch beleid van organisaties. Het is geheel in de hand gekomen van kwaliteitsmedewerkers. Zij ontwikkelden handboeken, schreven jaarplannen, maakte rapportages, etc. Precies dezelfde kritiek is er op VIM."Het staat los van ons werk". Patiëntveiligheid krijgt de betekenis van: de procedures op orde hebben, gegevens kunnen produceren, etc.

4. Risico's in de media en op het politiek toneel

Patiëntveiligheid is niet meer weg te denken uit het publieke debat over de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg. Kenmerkend voor het huidige debat is de publieke en daarmee politieke aandacht voor incidenten die als indicatie worden aangemerkt voor de veiligheidssituatie van de hele sector. Zowel de Minister als de Staatssecretaris worden met regelmaat naar de kamer geroepen om tekst en uitleg te geven over het gevoerde beleid maar vooral ook over de aanpak van 'misstanden' of incidenten. In het huidige maatschappelijk klimaat lijkt steeds minder plaats is voor de acceptatie van fouten of vergissingen (Power 2008, WRR 2008, Scott 1998).

'Zero risk tolerance' vertaalt zich in een politieke vraag naar meer regels en procedures en een verdere institutionele verdichting van toezichhoudende en veiligheidsbevorderende instanties (WRR 2008). Om te voorkomen dat het werken aan patiëntveiligheid vrijblijvend wordt, heeft de overheid in samenspraak met de beroepsorganisaties en de inspectie afspraken gemaakt over de normen waaraan instellingen moeten voldoen. De afspraken zijn opgesteld door de beroepsorganisaties en worden getoetst door de inspectie. Legemaate (2009) heeft het over de externalisering van verantwoordelijkheden en wijst op de risico's die hiermee zijn verbonden. Een risico is dat de norm geïnterpreteerd wordt als een wet, Een ander risico is dat kwaliteitsmanagement wordt ge-externaliseerd (De Mul 2009). Bij kwaliteitsmanagement hebben we gezien hoe de gegevens die bedoeld waren als managementinformatie ten behoeve van de verbetering en borging van de kwaliteit en de veiligheid van de zorg nu worden gebruikt voor verantwoordingsinformatie voor externen (inspectie, AD). Externalisering van kwaliteitsinformatie dwingt beroepsorganisaties om de complexiteit van kwaliteits- en veiligheidsproblemen te reduceren. En dus om eenvoudige risicoproblemen in hun beleid op de voorgrond te plaatsen. Complexere risico's of beter gezegd de complexiteit en ambiguïteit van risicoproblemen verdwijnen daarmee naar de achtergrond.

5. Conclusie

Er is veel aandacht voor incidenten in de zorg. Die aandacht vertaalt zich in meer regels, procedures en meer instanties die de kwaliteit en veiligheid van de zorg controleren. In de wetenschappelijke literatuur over een kwaliteitsprogramma voor veiligheid in de zorg zien we precies dezelfde beweging: een sterke focus op incidenten en een uitleg van systeemcomplexiteit die fouten als vermijdbaar definieert. Veiligheid wordt voornamelijk gerealiseerd door het opstellen of aanscherpen van regels, protocollen, procedures en systemen. Hoewel daar zeker kwaliteitswinst mee is geboekt, komen de grenzen van die benadering in zicht. In het rapport zijn diverse problemen besproken: de moeite om veiligheidsproblemen te definiëren, de beperkte rol van incidenten melden bij de analyse en controle op zowel medische als ernstige incidenten en de beperkte rol van professionals bij veiligheidsmanagement.

6. Aanbevelingen

Het onderzoek is parallel uitgevoerd aan de ontwikkeling van het programma 'Zorg voor Veilig'. Gedurende het hele traject zijn de resultaten van het onderzoek besproken met de landelijke projectgroep. Gezamenlijk zijn aantal keuzen voor het programma Zorg voor Veilig gemaakt waarin de bevindingen van het onderzoek voortgezet worden.

De eerste keuze is de selectie van de speerpunten. NEO/LVG heeft in het programma Zorg voor Veilig een aantal speerpunten benoemd, waaronder urgentieherkenning, afstemming in de eerste lijn rond meervoudige problematiek en medicatie achter de voordeur. De selectie van de thema's is niet alleen gemaakt op basis van de vooronderstelde ernst en de frequentie van de risico's, maar ook op basis van de aard van de risico's. Er is bewust ook gezocht naar risico's in het tussengebied tussen de organisatie van de zorg en de zorginhoudelijke afwegingen. Over dit type risico's is nog weinig bekend. Ook is niet duidelijk hoe deze risicoproblemen bespreekbaar kunnen worden gemaakt.

Daarnaast zijn de thema's beschreven in termen die aansluiten bij de betekenis van patiëntveiligheid in de praktijk van alledag. De regels en de procedures waren niet het startpunt voor de definitie van risico's (waar gaat het mis, waar worden de regels niet gevolgd). Het uitgangspunt waren de impliciete en veelal onzichtbare handelingen die de zorg veiliger maken (waarom gaat het niet vaker mis, welke impliciete en ongeplande acties maken de zorg veiliger). Om die reden is bijvoorbeeld urgentieherkenning als risicoprobleem gedefinieerd, en niet triage.

De tweede keuze betreft het inzetten van het bestaande overleg tussen professionals zoals het FTO en de toetsgroepen om risicoproblemen bespreekbaar te maken. De gedachte hierachter is dat voor meer transparantie over veiligheid in de zorg voldoende ruimte nodig is en blijft om risicoproblemen op informele en meer besloten manieren te bespreken. In die zin kan transparantie niet zonder beslotenheid. De ambitie van het project is te onderzoeken of andere professionals kunnen aansluiten bij het FTO, de toetsgroepen en/of andere geschikte bestaande overlegvormen. Daarbij zal zorgvuldig het belang worden afgewogen van enerzijds een besloten en vertrouwde omgeving waarin onderling risicoproblemen kunnen worden besproken en anderzijds de ontwikkeling van een perspectief op veiligheid over professionele domeinen heen.

Een derde keuze betreft de focus op de praktijkorganisatie. In het project is veel aandacht voor het Veilig Melden van Incidenten. De focus ligt daarbij op de inbedding in de organisatie. Bij de aanjaagprojecten (pilots) wordt bijvoorbeeld onderscheid gemaakt tussen incidenten melden in koepels van gezondheidscentra, incidenten melden in zorggroepen, incidenten melden op de HAP, incidenten melden in

gezondheidscentra/samenwerkingsverbanden . Daarbij gaat het niet alleen om de praktijkorganisatie rondom Veilig Incidenten melden, maar ook de praktijkorganisatie rondom settingspecifieke risicoproblemen.

Tot slot past het in het project om na te denken over een passende verantwoording aan de overheid en de inspectie. Om druk op transparantie te verlichten moeten professionals zelf nadenken over vormen van verantwoorden. Voorkomen dient te worden dat gegevens over incidenten 1 op 1 worden gebruikt voor externe verantwoording. Voorkomen moet worden dat informatiestromen worden losgekoppeld, dat de gegevens uit de procedure voor het melden van incidenten niet meer gekoppeld blijven aan de ervaring en kennis van professionals, maar worden bewerkt voor de productie van verantwoordingscijfers. Dat vraagt om een pragmatische en reflexieve vormen van verantwoording.

7. Literatuur

- Algemene Rekenkamer 2009, Implementatie kwaliteitswet zorginstellingen.
- Bosk, C.L. 2003, *Forgive and remember: managing medical failure*, second edition edn, The university press of Chicago Press, Chicago and London.
- De onderzoeksraad voor veiligheid 2008, *Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in UMC St Radboud.*, Den Haag.
- Frank, J.R. 2005, *The CanMEDS 2005 physician competency framework*, The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Harmsen, M., Giesen, P., Martijn, L., M., Th., Verstappen, W., Nijhuis-van der Sanden, R. & Wensing, M. 2009, *Patiëntveiligheid in de Nederlandse eerstelijnszorg anno 2009*, IQ scientific institute for quality of health care, Nijmegen.
- Hollnagel, E., Woods, D.D. & Leveson, N. 2006, *Resilience Engineering. Concepts And Precepts*, .
- Iedema, R., Jorm, C., Wakefield, J., Ryan, C. & Dunn, S. 2008, "Practising Open Disclosure: clinical incident communication and systems improvement", *Social science & medicine*, .
- Iedema, R.A.M., C. Jorm, D. Long, J. Braithwaite, J. Travaglia, M. Westbrook 2005, "Turning the medical gaze upon itself: root cause analysis and the investigation of clinical error", *Social science and medicine*, vol. 62, pp. 1605-1615.
- Jensen, C.B. 2008, "Sociology, systems and (patient) safety; knowledge translations in healthcare policy", *Sociology of Health & Illness*, vol. 30, no. 2, pp. 309-324.
- Levay, C. & Waks, C. 2009., "Professions and the pursuit of transparency in healthcare: two cases of soft autonomy.", *Organization studies*, vol. 30, no. 5, pp. 509-527.
- Mesman, J. to be published, *Follow-the-practice: about structures and safeties in the NICU*.
- Pickard, S. 2009, "The professionalization of general practitioners with special interest: rationalization, restratification and governmentality.", *Sociology*, vol. 43, pp. 250-267.
- Power, M. 2008, *Organized Uncertainty. Designing a world of risk management*, Oxford, oxford University Press.
- Scott, J. 1998, *Seeing like a state. How certain schemes to improve the human condition have failed*. Yale University Press, New Haven.
- Timmermans, S. & Berg, M. 2003, "The Gold Standard; The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care", vol. First, pp. 269.
- Tronto, J. *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care*, Routledge, New York.
- Vonk, L. *Leren en controleren in "Veilig Incident Melden": match of crash?*, Erasmus Universiteit.
- Wears, R.L. & Vincent, C.A. 2008, "The History of Safety in Health Care" in *Patient Safety in Emergency Medicine*, eds. P. Croskerry, K. Cosby, S. Schenkel & R. Wears, Wolters Kluwer, Philadelphia, pp. 8-11.
- Witman, Y. 2008, *De medicus maatgevend: over leiderschap en habitus*, Erasmus University.
- WRR 2008, *Onzekere veiligheid. Verantwoordelijkheden rond fysieke veiligheid*, Amsterdam University Press, Amsterdam.
- Zuiderent-Jerak, T., Strating, M., Nieboer, A. & Bal, R. in press, "Sociological refigurations of patient safety; ontologies of improvement and 'acting with' quality collaboratives in healthcare", *Social Science & Medicine*, .
- Zuiderent-Jerak, T. 2007, " Preventing implementation: exploring interventions with standardization in healthcare. In: , 16(3) pg. 311-329. ", *Science as Culture*, vol. 16, no. 3, pp. 311-329.

Zwart, D. & De Bont, A. 2009, Differences in the way physicians frame safety in contrast to quality managers explain the difficulties with the patient safety programs.