Safe incident reporting in Flanders' out-of-hours primary care.

A priori attitudes of managers and GPs.

Dr. Nele Augustyns, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. R. Remmen, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Dr. S. Teughels, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

INHOUD

Inhoud 3
Abstract 4
Voorwoord 5
Artikel 6
Background 6
Methods 8
Results 10
Discussion 16
Conclusion 19
References 20
Dankwoord 23
Bijlagen 24
1. Goedgekeurd studieprotocol 24
2. Advies ethische commissie 31
3. Voorbeeld VIM-procedure huisartsenwachtpost Breda 32
4. VIM-procedure opgemaakt voor opleidingspraktijk 37
5. Enquete managers 45
6. Enquete huisartsen 49

ABSTRACT

Haio: dr. Nele Augustyns
Praktijkopleider: dr. Caroline Lesaffer
Promotor: prof. Roy Remmen
Co-promotor: dr. Stefan Teughels
Co-auteur: dr. Hilde Philips

Context.
In de gezondheidszorg wordt steeds meer aandacht besteed aan kwaliteit van de zorg en patiëntveiligheid. Veilig Incident Melden (VIM) is een manier om te leren uit (bijna) fouten en incidenten. Het nut van VIM ligt voornamelijk in de vroegtijdige onderkenning van vermijdbare fouten om grotere incidenten te voorkomen. Belangrijk hierbij is de V van veilig; wat erop duidt dat de meldende medewerkers geen persoonlijke maatregelen moeten vrezen. In de Belgische ziekenhuizen wordt meer en meer met VIM gewerkt. Dit concept blijkt ook in de eerstelijns gezondheidszorg nuttig te kunnen zijn. In onze buurlanden worden VIM-procedures gebruikt op huisartsenwachtpostniveau. In België is hierover weinig gekend.

Onderzoeksvragen.
Wat gebeurt er op dit moment met incident melden op de Vlaamse huisartsenwachtposten? Hoe staan de wachtpostmanagers en deelnemers van het wachtsysteem tegenover een gestructureerd VIM-beleid?

Methode.
Er werd een telefonische enquête (open en gesloten vragen) afgenomen bij alle managers van de 27 Vlaamse huisartsenwachtposten met vragen over het beleid rond (bijna) fouten en incidenten en er werd gepeild naar hun mening over en interesse in een gestructureerd VIM-beleid. De resultaten werden kwalitatief en kwantitatief geanalyseerd. Vervolgens verspreidden we een papieren enquête bij alle dienstdoende huisartsen in twee grote huisartsenwachtposten (Turnhout en Zuiderkempen, samen 435258 inwoners), gedurende vijf opeenvolgende weekends. Deze enquête peilde naar de attitudes van de huisartsen over VIM.

Resultaten.
Alle 23 wachtpostmanagers (van 27 wachtposten) namen deel aan het onderzoek. 70% van hen hanteerde een vorm van incident procedure. Gemiddeld werden 12 incidenten per jaar geregistreerd, hoewel acht managers het aantal niet konden rapporteren. Er bestaat een grote variatie in de wijze waarop er wordt gerapporteerd en wat er met de gegevens gebeurt. Alle managers waren overtuigd van het belang van VIM als concept in een wachtpost. Zij menen dat het kan bijdragen aan patiëntveiligheid. 82% van de managers staat positief ten opzichte van een gestructureerd VIM-systeem. Zeven managers voorspelden dat hun huisartsen geen incidenten zouden willen melden en dat ze er niet positief tegenover zouden staan.
De enquête bij de huisartsen had een respons van 58% (106). Er waren geen verschillen tussen de respondenten van de twee wachtposten. 69.7% heeft ooit een incident meegemaakt en 74.5% zou geneigd zijn om dit te melden. De meerderheid verkiest confidentieel boven anoniem melden. 81.1% gaat akkoord met de stelling dat een incident op de wachtpost geanalyseerd moet worden, besproken moet worden en moet leiden tot een verbeterplan. 99.1% staat positief tegenover een gestructureerd meldsysteem. De meerderheid stelt dat VIM meer openheid onder collega's zou creëren en dat het de job tevredenheid zou verbeteren. Een vijfde vreest echter dat dit het beroep huisarts moeilijker zou maken. 39% vreest dat de melding tegen de melder gebruikt zou kunnen worden. Er waren geen significante relaties met geslacht, leeftijd, werkvorm (solo, duo, groep) of het huisarts-in-opleiding zijn.

Conclusie.
Zowel de wachtpostmanagers als de huisartsen staan positief tegenover VIM in de wachtpost. Op dit moment bestaat een grote variatie in de gebruikte meldsystemen. Uit het onderzoek blijkt dat er bepaalde barrières bestaan, die meegenomen moeten worden in het opzetten van een procedure. Er is ruimte voor een gestructureerd VIM-beleid in de huisartsenwachtposten.

VOORWOORD

In het kader van deze masterproef onderzochten we het Veilig Incident Melden (VIM) in de Vlaamse huisartsenwachtposten. Wat gebeurt er op dit moment? Hoe staan managers en huisartsen er tegenover? Het is een eerste onderzoek om te exploreren hoe er nu met incidenten omgegaan wordt en of er een veilig milieu bestaat waarin een gestructureerde VIM- procedure eventueel zou kunnen plaatsvinden.

We kozen voor rapportage in de vorm van een Engelstalig artikel, met het oog op het indienen voor publicatie in het tijdschrift BMJ Quality and Safety of het International Journal for Quality in Health Care. De komende weken zullen nog de laatste specifieke aanpassingen uitgevoerd worden om aan de auteursinstructies te voldoen. Het manuscript zal ook professioneel gecorrigeerd worden door een Engelstalige lezer.

In de tussentijd gingen we ook in de opleidingspraktijk aan de slag met VIM. Op basis van reeds bestaande procedures ontwikkelden mijn PO en ik een procedure op maat van de praktijk. Als VIM-verantwoordelijken volgen we de incidenten op, analyzeren ze, bespreken ze op de vergadering en volgen de eventuele verbeterplannen op.

In de nasleep van dit onderzoek worden momenteel, onder impuls van co-promotor dr. Stefan Teughels, in wachtpost Zuiderkempen de eerste stappen gezet naar een volledige gestructureerde VIM-procedure, naar analogie met de Nederlandse huisartsenwachtposten. Ter voorbereiding hiervan namen we een aangepaste enquete af bij de onthaalmedewerkers van deze wachtpost.

ARTIKEL

Safe incident reporting in out-of-hours primary care: a priori attitudes of managers and GPs.

N. Augustyns, C. Lesaffer, S. Teughels, H. Philips, R. Remmen

BACKGROUND

In health care worldwide, increasing tendency exists to pay attention to quality management, patient safety and risk assessment. Incident reporting had its origin in aviation and is applied in many other industries like petro-chemistry. Research has shown that companies, with open and constructive attitudes towards incidents, reach a higher performance level [1]. Professionals conduct an incident analysis to construct an improvement strategy. The goal of this procedure is to avoid evitable incidents in the future.

The goal of safe incident reporting (SIR) lies in the early recognition of evitable incidents with the aim to prevent future harm. Furthermore, SIR could contribute to patient safety and job satisfaction and could provide a way in processing incidents together as a team. It's important to make the difference between incident reporting and patient complaints. In contrast to a complaint procedure, in SIR the health care worker himself reports the incidents. 'Safe' stands for a safe working climate, where contributors can report blame free. However, at this time, research on the effect of incident reporting on patient safety in primary care is lacking [1-4].

In health care, embarrassment seems to be the biggest obstacle for reporting incidents. Singapore and Denmark implemented law adjustments in order to exclude juridical consequences to incident reporting. In Germany, health care professionals' use of incident reporting and a system's approach to errors was not current practice [5]. In the Netherlands, Nivel, the Dutch institute for research in health care, introduced a SIR model in the country's healthcare [6]. Systematic incident analysis and transparency to patients has become routine and the Dutch health care system is highly committed to patient safety [2,7-8]. Every hospital is obligated to follow an incident reporting procedure and frequent studies in hospital settings have occurred [2,9-10]. In contrast, in Belgium which is a neighboring country, research shows that health care workers report far too few incidents, for example medication errors [11]. However, since 2007, the federal public service of health introduced a patient safety and quality program for hospital care. By 2011, 179 of the 197 Belgian hospitals signed the governmental contract thereby adopting a form of incident reporting and analyzing system [12].

So, in general practice the use of safe incident reporting is on the agenda. Patient safety reporting systems appear to be transferable from hospitals into primary care. They may provide insights about the more serious and rare threats to patient safety [4,6,13]. The European Practice Assessment (EPA 2005), an instrument developed by international research organizations to assess the quality of general practice in Europe, includes an incident

registration system. In one survey in general practice 26% of Belgian practices and 28% of Dutch practices used such an incident register. In the UK, where quality management traditionally is high up in the agenda, this percentage reaches 89% [14]. In 2011, the Dutch Society of General Practitioners (NHG) published a guideline for deployment of a safe incident reporting procedure in general practice [1]. It's also a criterion in the accreditation inspection of the GP (general practitioner) practices.

Over the years, in many countries large scale general practice led services are becoming the main vector to deliver primary care during out-of-hours. Typically these services are covering a large area and serve over 80.000 inhabitants [15-16]. As the patients are often not known to the GP on call and patients may be more ill, quality management is needed to reduce error sources. In some countries, SIR is also used in these out-of-hours cooperatives [17]. Data on the current use of incident reporting procedures in out-of-hours primary care services in Flanders are lacking. Therefore we investigated the a priori attitudes of managers and GPs' attitudes and willingness to report and learn from adverse events in out-of-hours services.

METHODS

The ethical comity of the University of Antwerp approved this research project (ref: 14/14/164). It consists of two parts. The first part focuses on the opinion and current policy of the out-of-hours primary care centers' managers. In the second part, we studied the GPs' attitudes about incident reporting. At the time of this study, 27 out-of-hours primary care centers were operational in Flanders (Belgium).

A telephone questionnaire study was designed to investigate the methods of incident reporting in out-of-hours primary care centers in Flanders. A paper survey was constructed to assess the attending GPs' attitudes and willingness to report and learn from adverse events. The instruments were based on literature search in PubMed (MeSH: patient safety, family practice, risk management, medical errors, accident prevention, clinical governance, physicians primary care, after-hours care), guidelines and documents of the Dutch and Belgian scientific GPs societies, an exemplary SIR procedure of a Dutch out-of-hours primary care center and insights in the development of a SIR procedure of a Belgian regional hospital.

Managers' survey

During the months of July, August and September 2014, the telephone questionnaire was conducted with the managers of the out-of-hours care centers in Flanders. The survey was based on a Danish study investigating general practitioners' attitudes toward reporting and learning from adverse events during day time work [18]. Some items were added to allow more specific information about the out-of-hours care setting. The questions addressed demographic data of the out-of-hours care centers, the annual number of patient contacts and the number of attending general practitioners. The survey assessed whether there was an existing incident reporting system and how it was conducted. The managers were asked about their interests in incident reporting and if they thought it was important in improving quality. Furthermore questions were asked about the number of reported incidents. Other topics in our survey were the presence of an ombudsperson, the current way of incident reporting, the possibility to give feedback to colleagues, future plans with incident reporting if applicable. Finally eight quotes were presented to probe willingness to start the use of incident reporting in their service. The interviews were recorded and analyzed qualitatively (interpretation of the open questions) and quantitatively (statistical analysis of data). Some of the managers completed the numeric data by email after the telephone survey.

GPs' survey

In a second step a paper survey was conducted in two large out-of-hours primary care centers in Flanders (Belgium): Turnhout (serving 182200 inhabitants) and Zuiderkempen (serving 253058 inhabitants). During five consecutive weekends in January-February 2015, all the attending general practitioners were presented the paper questionnaire upon arrival. They were asked to return it to the assistant by the end of their working day. The survey started with a little explanation about SIR. Next to demographic data, questions were asked

about their working model (alone, with one other colleague or in a group) and if they were a general practitioner in training. The doctors were asked whether they had encountered an incident before, if they would tend to report it and their preference between reporting anonymously or confidentially. Finally they were asked their opinion on the same quotes as the managers, using a four-point agree/do not agree scale.

Pilot

At the beginning of this research project, part of the instruments were pilot tested during a one day meeting on quality of the professional organization of Flemish general practitioners. The study design was co-created by the professional umbrella organization of the out-of-hours services in Flanders (Belgium). The study design was presented and approved during their board meeting.

Statistics

The two questionnaires were transformed into two digital datasets. Data were analyzed statistically using SPSS® 20.0. A chi-squared (Chi^2 (χ^2)) or Fisher's exact test was used for descriptive statistics. A student t-test was used for continuous variables, such as age. A significance level of $P<0.05$ was considered statistically significant. Missing fields were excluded from the calculations. The open answers from the telephonically conducted managers' questionnaire were incorporated as citations to give background information.

RESULTS

Managers' survey

Characteristics

All 23 managers of the 27 out-of-hours care centers participated in this survey. All participants agreed with the use of the given information in this research project. The mean interview time was 17 minutes. The reported annual number of patient contacts in 2013, varied from 1369 to 21000 patient contacts. As six out-of-hours care centers were funded more recently, their number of patient contacts weren't included. The average number of attending general practitioners was 112 (minimum 29, maximum 300). According to the managers, 70% of out-of-hours care centers have a kind of incident reporting procedure.

How do they deal with incidents?

The number of reported incidents varied from one to 72 incidents. On average 12 incidents were reported annually. Eight managers could not tell the number of incidents reported. On average, 56.7% of the occurring problems in the out-of-hours care centers were presented and settled at a board meeting. In 54.4% of the reported incidents, the incident is being analyzed and a plan for improvement is being set up. The involved health worker is informed in on average 85.0% of incidents. In 14.2% of cases, the incident is recorded while awaiting similar incidents to occur. In 9.6% of incidents, no further action is undertaken.

The currently used methods of incident reporting in the out-of-hours care centers varied widely. Some of the managers stated they never encountered a problem yet. In several centers, only a complaint procedure was used. Multiple managers described some type of incident reporting, most of the time without structured analysis and registration.

With regard to the methods of incident signaling, almost half of the centers worked with a kind of communication book/logbook/incident book/suggestion book, what's been analyzed every Monday. Very often, different books were circulating for GPs and for other employees. Some GPs got an email after their shift with the opportunity to give feedback. In 21.7% (5 centers), incidents were reported by email only. In 4.3% (one center) only paper incident reports were accepted (an incident book or form). In 30.4% (N=7), incidents were reported by email and paper forms, in 21.7% (N=5) by email and telephone. In two centers, incident reporting occurred by paper forms and telephone and in another two centers the combination of email, paper forms and telephone were being used. In one center incidents were being reported by email, a paper form or via the software program. At the time of the survey, none of the out-of-hours primary care centers used a software platform where doctors or staff can give or ask feedback on their performed work. When encountering important problems during the weekend, the coordinator or manager was often contacted immediately.

- 'Either, it is serious and it is reported to the Order of Physicians or via a written letter… or it is less serious… and it is reported via the reception… They have a communication book.'
- 'Sometimes we collect a couple of mistakes which have happened, in order to report them together.'

- ‘Actually, it is reported in different ways; sometimes you are addressed personally, we also have a suggestion book for the doctors and we have an information document which they can put in my mailbox… So we do a number of things, but I have to admit that I think it‘s too poorly structured.’
- ‘No, but we are creating a logbook … from the moment we notice reoccurring (incidents red.), we take care to notice the pattern, analyze it and make policy decisions… ‘

Most of the time, the manager filtered the incoming incident reports and decided which incidents have to be discussed at a board meeting or if immediate action is necessary. The ombudsperson, approachable for patients and staff in 39.1% of centers, could fulfill the same function. Some centers chose to discuss every incident at a board meeting. Sometimes it was the president of the center who handles all the incidents. In some centers, a dispute committee existed to settle conflicts between colleagues.

After discussing the incidents, in some centers scripts and procedures were made to prevent future similar adverse events. The majority of the centers guaranteed feedback to the involved GP and the reporter. A small minority of them went a bit further and analyzes the reported incidents in order to find and analyze structural and repeating adverse events.

During some interviews, irritation existed about the definition of an incident. For example, for some managers a material defect could not be called an incident, while others chose to include this in the incident reporting in order to avoid evitable material causes of adverse events.

What do managers think about SIR?

All of the managers thought it’s important that incidents are being reported in out-of-hours care. 95.7% believed SIR can improve quality of functioning in out-of-hours care while 91% of the managers showed interest in establishing a SIR-procedure. During the telephone survey, many managers emphasized the importance of SIR in out-of-hours care (qualitative).

- ‘Absolutely! We see so many patients and we have so many doctors. We have to make it happen for both sides. It's important for us to be well informed, otherwise it's impossible to make any adjustments.’
- ‘Very important. If one doesn't report (an incident red.), how trivial it may seem, than I can’t intervene and therefore it can’t be improved.’
- ‘It’s by keeping a close eye on it … you can adjust as quickly as possible. That’s the goal: reporting an incident today, taking care of a solution and preventing it from happening again in the future.’
- ‘Every serious company investigates its own product quality. In the end this is how we have to look at ourselves. If we don’t measure it (quality red.), we don’t know if we're doing a good job.’

All of the respondents partially or completely agreed with the quote that an organization, like an out-of-hours care center, can learn from mistakes. They all stated that SIR can play a role in learning from mistakes and that it can entail positive changes in an out-of-hours care center. 95.7% of the managers felt that incident reporting would contribute to improved patient safety. The respondents in 77.3% partially or completely agreed with the quote that an incident in out-of-hours care has to be analyzed, discussed in a board meeting and result in a plan for improvement. Nevertheless, some managers added that not all ‘trivial’ incidents should be discussed in a board meeting.

81.8% of managers were positive regarding a structured incident reporting system, provided that the report will not result in penalties for the reporter. However, during the telephone survey a couple of managers noticed the incident reporting doesn't always have to be blame free. They thought penalties should be possible if the reporter is involved in an important adverse event. All the respondents agreed that patients and all staff members have to be able to report incidents. The results on the common quotes with the GPs' questionnaire are depicted in table 1.

What are the encountered barriers to SIR?

Seven managers predicted their GPs are not willing to report incidents and will not be in favor of a structured incident reporting system. One manager said the board lacks time to pay attention to SIR. One manager stated clearly that the GPs are very positive about cooperating in their incident reporting system. A manager noticed regular reminders are necessary to keep the incident reporting going.

- 'I have the impression that they (GPs red.) don't do it enough (reporting red.). In their opinion they think their ideas are irrelevant or nitpicking, but for us it would make a contribution to quality improvement of the out-of-hours care center.'
- 'GPs giving each other feedback? That doesn't happen very often, because I think it's not in their culture.'
- 'They (all staff members red.) don't dare to contact me because of a fear in regard to collegiality. … Particularly amongst fellow doctors we notice a very big resistance.'

Do they have future plans with SIR?

For one manager, this interview was the first introduction to SIR. Five centers were planning to go on with their current methods of incident reporting, satisfied with the way it goes or because of a lack of interest now. Others were planning an optimization of their methods: in the search for new documents or structures, a revision of the current procedure, analysis and combining past incidents or designing a new procedure. The idea was growing of learning from experiences in other out-of-hours care centers and managers were receptive to new ideas or plans. According to the respondents, an acceptable model for SIR would have to be practical, simple and fast. Some specific plans were to work on an online form which will be structured and easily accessible and on a structured form which could be sent to the GP automatically via the website after every shift.

- 'You have to deal with 120 individualists, people who all have their own way of working. And now you want to try to improve their working? This can only be achieved by doing it in a structured manner.'
- 'We are already doing a few things, but there is definitely room for improvement.'
- 'I'm going to search for the Dutch documents. … have it structured right away. So you have a clear view on how frequent something happens.'

GPs' survey

Characteristics

A total of 106 respondents completed the survey (response rate 58%). All participants agreed with the use of the given information in this research project. There were no statistically significant differences between the two respondent groups (Turnhout and Zuiderkempen) concerning response rate, sex, age, number of HAIO's (GPs in training) or working model. Considering this, the results were analyzed as one group. There were 58.5% male responders, 41.5% female. The mean age was 46.4 years old, with a range 25-69. 54.7% of the respondents was younger than 50 years old. A minority of 7.6% of the respondents was a GP in training (N=105). With regard to working model, 27.6% of the GPs worked solo, 27.6% in a pair and 44.8% in a group (N=105).

What do GPs think about SIR?

69.7% of respondents had ever experienced an incident during professional activities (N=99). Three-quarters of the GPs would be inclined to report an incident (74.5%, N=94). The majority (81.5%) preferred reporting confidentially, above anonymously (N=92).

Almost all of the respondents (99%) partially of completely agreed with the quote that an organization, like an out-of-hours care center, can learn from mistakes. They all stated that SIR can play a role in learning from mistakes. 98.1% of the GPs felt that incident reporting would contribute to improved patient safety. 81.1% of the respondents partially or completely agreed with the quote that an incident in out-of-hours care has to be analyzed, discussed in a board meeting and result in a plan for improvement. The majority of GPs were positive regarding a structured reporting system provided that the physician cannot be punished for reporting an adverse event (99.1%). 83.7% agreed that a reporting system for adverse events would enable more openness among colleagues about medical errors. About three-quarters expected that structured analysis and discussion of incidents would enhance job satisfaction (78.1%). However, one out of five respondents expected that a reporting system would make it more difficult to be a GP and 39.4% feared that the incident report could be used against the reporting physician. (Table 1)

What are their practical experiences with incidents?

64.3% of the respondents had experienced adverse events in their clinic that have made them change their procedures. 84.7% believed that colleagues could learn from their experience of adverse events. 63.7% had ever changed their procedures based on other GPs' experience with adverse events. 62.5% would report an incident in which a colleague is involved (51.9% partially agreed, 10.6% fully agreed).

Who can report?

The majority of the respondents agreed that all staff members have to be able to report incidents (90.4%, of which 51.0% partially agreed and 39.4% fully agreed). 81.0% thought that patients have to have the opportunity to report incidents.

Influencing factors

Sex, age, working model and being in training had no significant influence on the tendency to report incidents, or on the attitude towards a structured reporting system. There were no significant relations between these variables and being afraid that reporting an incident could be used against the reporting physician. According to the statements, there were no significant relations between demographic factors and the outcome variables. Males and GPs aged 50 years and older were more inclined to report incidents in which a colleague is involved, but the relation is not statistically significant (resp. p=0.079 and p=0.104).

Table 1: GPs' and managers' attitudes towards SIR in out-of-hours primary care.

	Respondent	Totally agree	Partially agree	Partially disagree	Totally disagree	N
An organization, like an out-of-hours care center, can learn from mistakes.	Manager	95.7	4.3	0.0	0.0	23
	GP	83.0	16.0	0.0	0.9	106
SIR can play a role in learning from mistakes.	Manager	95.7	4.3	0.0	0.0	23
	GP	64.2	35.8	0.0	0.0	106
The structured way of SIR would contribute to improved patient safety.	Manager	52.2	43.5	4.3	0.0	23
	GP	54.7	43.4	1.9	0.0	106
An incident in out-of-hours care has to be analyzed, discussed in a board meeting and result in a plan for improvement.	Manager	40.9	36.4	18.2	4.5	22
	GP	37.7	43.4	16.0	2.8	106
I am/our center is positive regarding a structured incident reporting system, provided that the report will not result in penalties for the reporter.	Manager	63.6	18.2	13.6	4.5	22
	GP	69.8	29.2	0.9	0.0	106
All staff members have to be able to report incidents.	Manager	100.0	0.0	0.0	0.0	23
	GP	39.4	51.0	5.8	3.8	104
Patients have to be able to report incidents.	Manager	100.0	0.0	0.0	0.0	23
	GP	30.5	50.5	15.2	3.8	105

Percentages calculated after exclusion of missing answers.

DISCUSSION

In Flanders (Belgium), there is a big variability how incidents are reported in general practice out-of-hours services. Moreover, the future plans for incident reporting, if any, varied. For some managers the concept of incident reporting was rather new, while others had already learned about it at occasional trainings in their previous work environments. We have to acknowledge that some of the out-of-hours care centers were recently funded and their organization level is not mature. Certain managers were very interested in the development of a reporting system and in the future possibilities according to incident reporting in out-of-hours care. Overall, the managers were positive about future use of SIR in out-of-hours care.

The GP respondents show positive attitudes towards quality improvement through reporting incidents, provided that they do not risk exposure to sanctions. The results of this GP survey are very similar to those of the Danish study in day time practice on which the questionnaire was partially based [18]. The differences between different groups of age, sex, working model, being in training were small and insignificant. This could be explained by the smaller sample size in the present study.

The difference between official complaints (from patients) and reported incidents was not always clear. Some out-of-hours care centers seem to register only patient complaints, while others try to register all the occurring incidents in order to avoid bigger adverse events and complaints. For a substantial number of the managers, it was very difficult to detect the number of recorded incidents the past year. In contrast, the official complaints were very well registered and analyzed. This may explain the large variation in number of occurring incidents. It is in fact difficult to form a uniform definition of an 'incident' and it is important that all contributors are well informed about 'what to report'. In the NHG guideline, clear definitions are used, as suggested in a publication of Wagner et al [1,19].

During the questionnaire, the remark was frequently given that the management of the out-of-hours care center was interested in establishing a SIR system but that they felt the GPs wouldn't tend to cooperate. They thought the environment and atmosphere wasn't safe enough to criticize each other's work and that incident reporting would be a very delicate matter for GPs. It is remarkable that, unlike the expectations and concerns of the out-of-hours care centers' managers, participating GPs are clearly positive towards reporting incidents and learning from adverse events in out-of-hours care. They agree that reporting incidents could enhance openness concerning the fact that GPs make errors and could improve job satisfaction. Maybe some leadership from the GPs is necessary to put SIR on the agenda of their colleagues. In none of the out-of-hours care centers a software platform for feedback to colleagues existed. In the Dutch out-of-hours care centers, this is currently in use but no literature was found on the benefits or drawbacks of this system.

Some of the managers were a bit more skeptical about the reporter of the incident not being at risk for personal sanctions. A few managers noted that if the incident has big consequences, it should be possible to impose some kind of penalty even if the involved GP did report the incident himself. Perhaps a positive incentive system for the out-of-hour care centers could be a solution, to avoid discouraging the GPs from reporting.

Despite the rather positive tendency towards incident reporting, one out of five GPs believe a reporting system could make his job more difficult. 37.5% would avoid reporting an incident in which a colleague is involved. 39.4% has some reticence about reporting, fearing that it could be used against the physician. This is in line with literature findings [20]. Previous studies showed some additional barriers: lack of time, extra paper work, concern about career and reputation, fear of punitive action, poor safety culture in the organization, lack of understanding about what should be reported, lack of awareness of how the incidents will be analyzed and how it will lead to changes [20-21]. Furthermore critics warn that SIR can be expensive, people do not like using them and that they don't deliver pure epidemiological data [3]. In order to succeed, SIR systems will need to have low reporting burden, have great clarity regarding the information requested, provide direct benefit through feedback useful to reporters and take into account error severity and personal responsibility [22]. Feedback directly to the clinicians is extremely important for continuous engagement [20,23]. Considering the importance of a safe atmosphere as a prerequisite for successful incident reporting, these barriers are important to take into account while establishing a reporting system. Open communication between all the contributors will remain important [1].

Our respondents prefer confidential above anonymous reporting, like in the Danish study [18]. Fernald et al affirm that information from confidential reports appears to be superior to that from anonymous reports and may be more useful in understanding errors and designing interventions to improve patient safety [24]. Interestingly, an American study advises that reporting should be anonymous, because it could produce more information [24-25]. Probably, differences in culture, legal system and accusation tendency could have some influence. In literature, discussion arises about reporting locally versus centrally. Reporting locally (unit-based, in the out-of-hours primary care center itself) would increase the willingness to report, while reporting centrally (for example to a committee of directors of multiple collaborating out-of-hours care centers) creates opportunities on addressing recurring safety issues [26]. This survey didn't focus on this matter.

Strengths and limitations

As far as we know, this was the first exploratory study on the opinion of managers and attending GPs on incident reporting in Flanders' out-of-hours care. The high response rate of 100% on the managers' questionnaire could make it a valuable instrument in the discussion about the organization and quality of future out-of-hours care.

The majority of the GPs, as well as the managers, thought patients and all staff members should be able to contribute to SIR, although GPs more frequently 'partially' agreed. In this regard, this survey could be helpful for an out-of-hours care center to assess the opinion of their staff (for example drivers, assistants...).

The respondents may have given socially acceptable answers to the questionnaire, although they knew the data would be analyzed anonymously. By doing the managers' interviews telephonically, we tried to get as much as background information as possible to minimize this effect. This telephone technique also guaranteed us the 100% response rate. During the

progress of the research project, it became clear that some questions needed some more explanation. The same examples were used every time to explain them to the managers. We didn't ask about the background of the manager, what could have had an influence on their answers. Although translations were done by two investigators, translation of the citations could have resulted in an imperfect transfer of nuances.

The GP study is limited by a responders' bias. The respondents are likely to be the GPs who are interested in incident reporting and quality management. Taking this into account, our results could overestimate the enthusiasm and positivity towards incident reporting. The response rate of the GPs' questionnaire was only 57.9% and we do not dispose of any information about the non-responders. In 2013, 8330 GPs were working in Flanders [27]. Although we included all managers in our country, we cannot make generalized conclusions about the entire GP population. The two participating centers are very alike in demographic and geographic characteristics. It is impossible to jump into conclusions for example for a more urban region.

By dichotomizing the answers on the four-point scale multiple choice questions (totally agree - partially agree - partially disagree - totally disagree), a polarization of opinion could have occurred. In fact, we could have overestimated for example the positivity towards SIR.

By including questions from the Danish study, we were able to explore differences and similarities in the two study samples. Nevertheless, some small nuances could have slightly changed by translating the questions in Dutch.

CONCLUSION

Out-of-hours care center managers and attending GPs in this research project show positive attitudes towards incident reporting and learning from adverse events in order to improve quality. There seems to be a safe atmosphere in which incident reporting could take place. However there are some barriers and it will be important to discuss them and take them into account while designing or establishing an incident reporting system. There is a large variation in how incidents are reported.

These results, together with current literature and experiences in our neighboring countries, could encourage out-of-hours care centers to think about establishing their own feasible structured incident reporting system. We suggest future research to focus on analysis of registered incidents and cooperation between the different out-of-hours care centers. Reporting best practices may be an avenue for further improving the mindset towards SIR.

REFERENCES

1. NHG. Nederlands Huisartsen Genootschap. Handleiding voor het opzetten van een procedure veilig incident melden 2011. www.nhg.nl (protected part of the website). Assessed 22/3/2015. (in Dutch)

2. KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst). Beleidsdocument veilig melden 2007. http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/62430/Beleidsdocument-veilig-melden-2007.htm. Assessed 22/6/2015. (in Dutch)

3. Dovey SM. Wallis KA.Incident reporting in primary care: epidemiology or culture change? BMJ Qual Saf. 2011 Dec;20(12):1001-3. Epub 2011 Oct 19.

4. Bhasale AL. Miller GC. Reid SE. Britt HC. Analysing potential harm in Australian general practice: an incident-monitoring study. Med J Aust. 1998 Jul 20;169(2):73-6.

5. Ann Fam Med. 2013 Jul-Aug;11(4):355-62. doi: 10.1370/afm.1500.
Impact of individual and team features of patient safety climate: a survey in family practices. Hoffmann B1, Miessner C, Albay Z, Schröber J, Weppler K, Gerlach FM, Güthlin C.

6. Nivel. Systematisch leren van incidenten in de zorg. http://www.nivel.nl/leren-van-incidenten-in-de-zorg. Assessed 22/3/2015. (in Dutch)

7. Leistikow IP. Plaisier CCM. Op weg naar patiëntveiligheid. Medisch Contact, magazine of KNMG. 2005. http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/Tijdschriftartikel/14333/Op-weg-naar-patientveiligheid.htm. Assessed 22/6/2015. (in Dutch)

8. Heemskerk BT. Stadlander C. Tijink H. Houtsma MM. Werther-Voorrecht EPM. Draaiboek Veilig Incident Melden. 2007. VMSzorg. http://www.nvog.nl/upload/files/Draaiboek_Veilig_Incident_Melden.pdfdraaiboek veilig incident melden 2007. Assessed 22/3/2015. (in Dutch)

9. Nursing.nl. Betere incidentenmelding. Van FONA naar VIM 2006. http://www.nursing.nl/PageFiles/8130/001_RBIAdam-image-NURS4214I01.pdf. Assessed 22/3/2015. (in Dutch)

10. Wagner C. Smits M. Van Wagtendonk I. Zwaan L. Lubberding S. Merten H. Timmermans DRM. Emgo institute and Nivel. Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen. Patiëntveiligheid in Nederland 2008. http://www.onderzoekpatientveiligheid.nl/oorzakenrapport.pdf. Assessed 22/3/2015. (in Dutch)

11. Vlayen A. Schrooten W. Wami W. Aerts M. Barrado LG. Claes N. Hellings J. Variability of Patient Safety Culture in Belgian Acute Hospitals. J Patient Saf. 2013 Sep 27.

12. Federal public service of public health. www.patient-safety.be. Patientveiligheid. Meerjarig programma 2007-2012 en 2013-2017. 2009. http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Patientsafety/index.htm#.VKMXKCvMh5I. Assessed 22/3/2015. (in Dutch)

13. Britt H. Miller GC. Steven ID. Howarth GC. Nicholson PA. Bhasale AL. Norton KJ. Collecting data on potentially harmful events: a method for monitoring incidents in general practice. Fam Pract. 1997 Apr;14(2):101-6.

14. Grol R. Dautzenberg M. Brinkmann H. European Practice Assessment (EPA). Quality management in primary care. 2005. http://www.population-health.manchester.ac.uk/primarycare/npcrdc-archive/archive/PublicationDetail.cfm/ID/140.htm. Assessed 22/3/2015.

15. Philips H. Remmen R. Van Royen P. Teblick M. Geudens L. Bronckaers M. Meeuwis H. What's the effect of the implementation of general practitioner cooperatives on caseload? Prospective intervention study on primary and secondary care. BMC Health Services Research 2010;10:222.

16. Huibers L. Philips H. Giesen P. Remmen R. Christensen MB. Bondevik GT. EurOOHnet-the European research network for out-of-hours primary health care. Eur J Gen Pract. 2014 Sep;20(3):229-32.

17. Eijssens EC. Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Patiëntveiligheid in de huisartsenzorg 2010. https://www.lhv.nl/service/handreiking-patientveiligheid-de-huisartsenzorg. Assessed 22/3/2015. (in Dutch)

18. Mikkelsen TH. Sokolowski I. Olesen F. General practitioners' attitudes toward reporting and learning from adverse events. Scandinavion Journal of Primary Health Care 2006; 24: 27-32.

19. Wagner C. Van der Wal G. Voor een goed begrip: bevordering patiëntveiligheid vraagt om heldere definities. Medisch Contact 2005;60:1888-91. (in Dutch)

20. Mahajan RP. Critical incident reporting and learning. Br J Anaesth. 2010 Jul;105(1):69-75.

21. Coyle YM. Mercer SQ. Murphy-Cullen CL. Schneider GW. Hynan LS. Effectiveness of a graduate medical education program for improving medical event reporting attitude and behavior. Qual Saf Health Care. 2005 Oct;14(5):383-8.

22. Anderson B. Stumpf PG. Schulkin J. Medical error reporting, patient safety, and the physician. J Patient Saf. 2009 Sep;5(3):176-9.

23. Zwart DLM. Ouboter WS. Veilig incidenten melden op een huisartsenpost. Kwaliteit in Zorg. 2008; nr. 5:22-5. (in Dutch)

24. Fernald DH. Pace WD. Harris DM. West DR. Main DS. Event reporting to a primary care patient safety reporting system: a report from the ASIPS collaborative. Westfall JM. Ann Fam Med. 2004 Jul-Aug;2(4):327-32.

25. Beasly JW, Escoto KH, Karsh BT. Design elements for a primary care medical error reporting system. WMJ 2004; 103:56-9.

26. Zwart DL. Van Rensen EL. Kalkman CJ. Verheij TJ. Central or local incident reporting? A comparative study in Dutch GP out-of-hours services. Br J Gen Pract. 2011 Mar;61(584):183-7.

27. Federal public survice of public health. Jaarstatistieken Gezondheidsberoepen in België voor het jaar 2013. Erkende beroepsbeoefenaars van Gezondheidsberoepen in Belgie: Jaarstatistieken per 31/12/2013. http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/Statistiquesannuelles/index.htm?fodnlang=nl#.VQ3z1_nMh5J. assessed 22/3/2015. (in Dutch)

DANKWOORD

Hierbij wil ik mijn promotor Prof. Roy Remmen en co-promotor dr. Stefan Teughels bedanken voor hun positieve input en deskundige begeleiding bij dit project. Mijn dank gaat ook uit naar mijn praktijkopleider dr. Caroline Lesaffer. Bedankt voor de steun en het brainstormen rond dit onderwerp en het enthousiasme bij het uitwerken van het VIM-beleid in de praktijk. Bedankt ook dr. Hilde Philips voor het redigeren van het artikel.

Daarnaast wil ik graag alle medewerkers van de wachtposten Zuiderkempen en Turnhout bedanken, in het bijzonder de onthaalmedewerkers die de enquêtes uitdeelden en de artsen motiveerden voor deelname. Mijn speciale dank gaat ook uit naar de managers van de Vlaamse wachtposten en alle deelnemende artsen.

Tot slot wil ik graag nog mijn lieve partner en mijn familie bedanken voor hun grote steun en hun bijdrage aan dit werk.

BIJLAGEN

1. GOEDGEKEURD STUDIEPROTOCOL









STUDIEPROTOCOL

TITEL: VEILIG INCIDENT MELDEN IN DE VLAAMSE HUISARTSENWACHTPOSTEN.

HOOFDONDERZOEKER: HAIO NELE AUGUSTYNS

PRAKTIJK OPLEIDER: CAROLINE LESAFFER

PROMOTOR: ROY REMMEN

CO-PROMOTOR: STEFAN TEUGHELS

PERIODE: 1/9/2013 – 31/8/2015

Inleiding

In de gezondheidszorg wordt wereldwijd steeds meer aandacht besteed aan kwaliteit van de zorg en patiëntveiligheid. Kwaliteitszorg vormt een continuüm van maatregelen en procedures. Veilig Incident Melden (VIM) procedures zijn hier een belangrijk onderdeel van. VIM is het melden van incidenten en (bijna)fouten door betrokken medewerkers, met het oog op een foutenanalyse en een verbeterplan. Belangrijk hierbij is de V van veilig; wat erop duidt dat de meldende medewerkers geen persoonlijke maatregelen moeten vrezen. VIM vond zijn oorsprong in de luchtvaart en kent reeds vele toepassingen in het bedrijfsleven, zoals bv. de petrochemie. Onderzoek heeft immers getoond dat bedrijven waarin men open en constructief met incidenten omgaat, beter presteren.

In Nederland is een VIM procedure verplicht in elk ziekenhuis en ook bij inspectie van de eerstelijnspraktijken is het hebben van een VIM-procedure een criterium. In de European Practice Assessment (EPA2005), een instrument dat moet toelaten de kwaliteit van de huisartspraktijk in Europa te evalueren en te verbeteren en dat in samenwerking met Domus Medica werd ontwikkeld, is het hebben van een incident register een klein punt van evaluatie. Uit dit onderzoek blijkt dat in België en Nederland respectievelijk 26% en 28% van de huisartspraktijken een incident register heeft. In het Verenigd Koninkrijk, waar men kwaliteitscontrole hoog in het vaandel draagt, is dit 89%.

In de literatuur blijkt immers dat schade frequent veroorzaakt wordt door vermijdbaar handelen. Door analyse van incidenten is het mogelijk om maatregelen te stellen met het oog op het vermijden van schade in de toekomst. Het nut van VIM ligt voornamelijk in de vroegtijdige onderkenning van vermijdbare fouten om grotere incidenten te voorkomen. Bovendien zou veilig incident melden substantieel bijdragen aan patiëntveiligheid en werkplezier en is het een manier om incidenten in de samenwerkingsgroep te verwerken.

Vanuit het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) werd een praktijkrichtlijn gepubliceerd met daarin een voorstel tot VIM-procedure voor de huisartsenpraktijk. Zij bieden ook opleiding aan hieromtrent. In onze praktijk startten we recent, naar aanleiding van de visitatie voor de NHG-accreditering, met een VIM-procedure. Vanuit dit project groeide de idee dat dit concept wel eens erg nuttig zou kunnen zijn in een wachtpost-setting. Deze hypothese werd ondersteund door signalen die we opvingen bij collega-huisartsen. Op de huisartsenwachtpost in Breda, waar de promotor van dit onderzoek en mijn praktijkopleider trouwens ook deelnemen aan de wachtdienst, is men gewend om met een gestructureerde VIM-procedure te werken. Omdat we sterk het gevoel hadden dat dit een nog onontgonnen terrein is in het landschap van de Vlaamse wachtposten, zou ik me graag hierop focussen met mijn masterproef. Er bestaat verder zeer weinig literatuur rondom het veilig incident melden in België. Wel is bekend dat het in sommige ziekenhuizen reeds gebruikt wordt.

Een Deense studie in het tijdschrift Scandinavian Journal of Primary Health Care toonde reeds aan dat huisartsen open staan voor het melden van incidenten, op voorwaarde dat de meldende huisarts niet persoonlijk gestraft zal worden voor het incident. Bovendien blijken ze een positieve houding te hebben ten opzichte van het discussiëren over incidenten met collega's en stafleden in de praktijk en in hun LOK-groep. In de studie geven de huisartsen ook aan dat dit de patiëntveiligheid zou bevorderen, dat er meer openheid zou ontstaan onder artsen over (bijna)fouten en dat dit de werktevredenheid ten goede zou komen.

De Vlaamse huisartsenwachtposten zijn een relatief recente ontwikkeling in het eerstelijnslandschap in België. In de toekomst zal steeds meer de vraag rijzen hoe we ook van deze organisaties de kwaliteit kunnen optimaliseren. Een wachtpost kan immers een continu lerende omgeving zijn en is bovendien ook een bedrijf dat gemanaged moet worden. Kwaliteit kan op allerlei manieren nagestreefd en verbeterd worden. Het leren uit (bijna)fouten en incidenten kan hierin cruciaal zijn. VIM-procedures reiken hier een mogelijke oplossing aan, zoals ze ook bewezen effectief zijn in andere takken van het bedrijfsleven. Met dit onderzoek zou ik graag mijn steentje bijdragen aan deze vorm van kwaliteitszorg.

Concreet wil ik met dit onderzoek focussen op wat er op dit moment gebeurt met meldingen van incidenten in de Vlaamse huisartsenwachtposten. Bovendien wil ik achterhalen hoe de deelnemers van het wachtsysteem tegenover een gestructureerd VIM-beleid staan.

Achtergrond: wat is VIM?

Een kort woordje uitleg hierover: de term VIM wordt ontleend aan de Nederlandse NHG-leidraad rondom de procedure veilig incident melden, in het kader van patiëntveiligheid. Deze term dekt het volledige spectrum van bijna-incidenten tot en met echte fouten en hoe hiermee omgegaan wordt in een praktijk of wachtpost. In de Nederlandse huisartsenwachtposten wordt dit protocol reeds gehanteerd en het wordt ook steeds meer verwacht van de individuele huisartsenpraktijken in het kader van hun accreditering. Het VIM-concept is trouwens niet eigen aan de gezondheidszorg, het wordt momenteel reeds in verscheidene takken van het bedrijfsleven gebruikt, met als doel kwaliteitsverbetering.

'Veilig' staat voor de noodzakelijke randvoorwaarde van een veilige respectvolle omgeving die dergelijke meldingen toestaat en waar met open communicatie en zonder ernstige wrijvingen gewerkt wordt. Het is daarbij niet de bedoeling dat een melding tot individuele sancties of maatregelen leidt. Er wordt een systeemgebonden aanpak gehanteerd in plaats van de courante persoonsgebonden aanpak. Het is belangrijk dat een cultuur groeit waarin het melden van incidenten als vanzelfsprekend wordt gezien.

Het 'Incident' is gedefinieerd als elke onbedoelde gebeurtenis die tot schade aan een patiënt heeft geleid, kan leiden of had kunnen leiden.

Hierbij moet het belangrijke onderscheid gemaakt worden met een klacht.
Een incident en een klacht delen enkele gemeenschappelijke kenmerken. Beiden zijn ze gericht op verbeteren van de zorg. De voorwaarden vertrouwelijkheid en discretie zijn bij beiden belangrijke peilers. Door het melden van kleine incidenten of klachten kan men structurele fouten opsporen en grote fouten in de toekomst trachten te vermijden.
Er zijn echter ook belangrijke verschillen tussen een incident (in het kader van VIM) en een klacht. Een klacht wordt steeds, al dan niet schriftelijk, vastgelegd door de patiënt, terwijl bij een VIM net de betrokken hulpverleners zelf de meldingen doen. Bij een klacht staat genoegdoening van de patiënt nagenoeg centraal, terwijl dit bij een VIM zeker niet zo hoeft te zijn. De procedure die volgt op een klacht zal substantieel verschillen van deze na een VIM.

Er gelden een aantal randvoorwaarden voor een geslaagde VIM-procedure:
- een veilig meldklimaat
- geheimhoudingsplicht van de betrokkenen
- het moet schriftelijk vastgelegd worden
- medewerkers moeten weten hoe ermee om te gaan
- het moet serieus genomen worden
- bij bespreking van de VIM met een externe partner, moet dit geanonimiseerd gebeuren

In het totaal zal het drie jaar duren vooral een VIM-procedure volledig geïntegreerd is in de dagelijkse praktijkwerking. Het eerste jaar wordt vooral voorzien voor het geven uitleg en informatie aan alle medewerkers. Het is belangrijk om naar het draagvlak te peilen en grondig na te gaan hoe veilig de heersende cultuur is. Vervolgens stelt men een planning op om met de VIM aan de slag te gaan. Er wordt een VIM-coördinator aangewezen, die zich kan bijscholen in deze materie. Pas wanneer al dit voorwerk gebeurd is, kan men daadwerkelijk van start gaan met een concrete VIM-procedure. Dit is dan ook precies de reden waarom mijn onderzoek zich vooral toespitst op de eerste stap van de invoering van een dergelijke procedure, namelijk het peilen naar het draagvlak en het nagaan hoe veilig de cultuur is om meldingen te doen. Een VIM-procedure kan immers slechts succesvol zijn indien aan deze belangrijke voorwaarde voldaan wordt.

Het stappenplan voor het invoeren van een VIM-procedure volgens de NHG-richtlijn vergt een gestructureerde aanpak. Eerst zal vooral de motivatie en voorbereiding van de medewerkers van belang zijn. Iedereen moet achter dit concept staan. Men zal beginnen met de registratie, die zeer laagdrempelig en toegankelijk moet zijn. Er zal een regelmatige terugkoppeling van de incidenten

moeten plaatsvinden. Concrete verbeterplannen zullen opgesteld worden. Bij grotere incidenten volgt een uitgebreide analyse.

Er bestaat een vast sjabloon voor het melden van incidenten. Data die niet mogen ontbreken zijn de volgende: de datum van de melding, naam van de melder, betrokkenen, datum gebeurtenis, een korte beschrijving, wat had kunnen gebeuren, de categorie waarin dit incident valt, het ingeschatte risico, de acties die ondernomen werden, de bespreekdatum en de voorziene afrondingsdatum. De ernst kan ingeschat worden aan de hand van de safety assessment code (SAC). Aan de hand hiervan worden de meldingen geprioriteerd op de agenda gezet. Analyse van de incidenten kan door middel van verscheidene technieken gebeuren. De VIM-coördinator heeft hier uiteraard een belangrijke functie in.

Taxonomie

Patiëntveiligheid: het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënte toegebrachte schade die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door een tekortkoming van het zorgsysteem.

Professioneel standaard: de beste manier van handelen in een specifieke situatie met inachtneming van recente inzichten en evidence zoals neergelegd in richtlijnen en protocollen van de beroepsgroep, of handelen zoals van een redelijk ervaren beroepsgenoot in gelijk omstandigheden mag worden verwacht.

Bijna-incident: elke onbedoelde gebeurtenis met kans op letsel aan de patiënt die werd opgemerkt en gecorrigeerd voordat deze de patiënt kon bereiken.

Incident: elke onbedoelde gebeurtenis die de patiënt bereikt heeft en die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of nog kan leiden.

Calamiteit: iedere niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die heeft geleid tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt.

Klacht: elk naar voren gebracht en ervaren bezwaar tegen het handelen of functioneren van een hulpverlener of het zorgsysteem, geuit en schriftelijk vastgelegd door de betrokken patiënt of diens vertegenwoordiger.

Fout: het niet uitvoeren van een geïndiceerde actie of het toepassen van een verkeerd plan om een doel te bereiken.

Complicatie: een onbedoelde of ongewenste uitkomst tijdens of volgend op het handelen van een zorgverlener, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het behandelen noodzakelijk is dan wel sprake is van een onherstelbare schade.

Vermijdbaar: na een systematische analyse blijkt dat het incident door bepaalde maatregleen voorkomen had kunnen worden.

Verwijtbaar: Na systematische analyse blijkt dat de zorgverlener is tekortgeschoten en/of onzorgvuldig is geweest, uitgaande van de professionele standaard.

Studie-opzet

Uiteraard dient een wetenschappelijke studie steeds voorafgegaan te worden door een grondig literatuuronderzoek. In grote lijnen heb ik reeds de wetenschappelijke en ook de grijze literatuur rond dit thema nagezocht en de belangrijkste artikels gelezen. Een uitgebreide samenvatting van de huidige literatuur zal dan ook een eerste substantieel deel van de thesis vormen.

Vervolgens werd er op de kwaliteitsdag van Domus Medica tijdens een workshop gepeild naar het draagvlak voor deze studie. Deze studie krijgt de medewerking van de overkoepelende wachtpostorganisatie, Wachtposten Vlaanderen.

De uiteindelijke studie zal uit 2 luiken bestaan, in samenwerking met Wachtposten Vlaanderen.

Het eerste deel zal peilen naar het huidige beleid rondom VIM in alle Vlaamse huisartsenwachtposten. Hoe staan de organisaties tegenover een VIM-procedure en wat gebeurt er op dit moment met meldingen van incidenten en (bijna)fouten.

Het 2de luik zal gebeuren in twee tot vier huisartsenwachtposten die bereid zijn om mee te werken aan dit onderzoek. We zullen trachten te achterhalen hoe de leden van de wachtpost, zijnde de huisartsen die deelnemen aan het wachtsysteem, denken over een dergelijk meldsysteem. Is er animo voor de implementatie van een VIM-procedure in de wachtpost? Dit deel zou eventueel uitgebreid kunnen worden naar de onthaalmedewerkers en chauffeurs.

Onderzoeksvragen

Deze studie zal trachten een antwoord te formuleren op de volgende onderzoeksvragen:

- Wat is gekend rondom VIM in België?
- Wat gebeurt er momenteel met (bijna)incidenten in de Vlaamse huisartsenwachtposten?
- Is er animo bij huisartsen voor implementatie van een VIM-beleid in een Vlaamse huisartsenwachtpost?

Aanvraag bij het Ethisch Comité

Om deze studie te mogen uitvoeren, is een goedkeuring noodzakelijk van het ethisch comité, dat bekijkt of dit onderzoek aan bepaalde eisen voldoet. Dit houdt ook een verplichting in om ten allen tijde te kunnen communiceren met de betrokkenen in verband met hun gegevens, de resultaten en wat er met de resultaten gedaan wordt. Betrokken wachtpostbesturen of huisartsen kunnen steeds dit volledige studieprotocol opvragen. Indien wachtposten of individuele huisartsen besluiten niet deel te nemen aan deze studie, zal dat voor hen geen rechtstreekse nadelige gevolgen inhouden. De gegevens van de individuele huisartsen zullen anoniem verwerkt worden.

De respondenten in het eerste luik van de studie, bij de wachtpostorganisatie, zullen eerst hun mondelinge toestemming moeten geven voor opname van het telefoongesprek, alvorens het onderzoek te starten. Zij krijgen bij het begin van het gesprek uiteraard ook de mogelijkheid om niet deel te nemen aan dit onderzoek. De respondenten van de huisartsenquête zullen via een opting-out vraag akkoord moeten gaan met de verwerking van de gegevens in wetenschappelijk onderzoek, voordat ze met het beantwoorden van de vragen kunnen aanvangen.

In geen enkel onderdeel van de studie zal gewerkt worden met patiëntgegevens.

De studie valt onder de verzekering van de Universiteit Antwerpen.

Selectie van de studiepopulatie

Voor het eerste deel van de studie zal ik trachten van alle erkende Vlaamse huisartsenwachtposten een woordvoerder te bereiken. Dit kan een bestuurslid of een manager zijn. Het doel is uiteraard het bekomen van gegevens van alle Vlaamse huisartsenwachtposten.

Voor het tweede luik van de studie, de enquête bij de wachtdoende huisartsen, zullen we twee tot vier huisartsenwachtposten selecteren die zich bereid tonen om mee te werken aan dit onderzoek. Aan deze besturen zullen we vragen om de enquête, onder nog niet vastgestelde vorm (online, in het

wachtprogramma of schriftelijk), naar al hun leden te versturen, inclusief de huisartsen-in-opleiding (HAIO's). Dit zou eventueel uitgebreid kunnen worden naar het ondersteunend personeel.

Verloop van het onderzoek

De studie zal van start gaan zodra goedkeuring van de ethische commissie bevestigd wordt. Uitgebreid literatuuronderzoek kan uiteraard al eerder gebeuren.

In samenwerking met co-promotor Stefan Teughels wordt de optimale manier gezocht om de wachtpostbesturen te bereiken en te motiveren tot deelname. De studie zal gepresenteerd worden op een vergadering van Wachtposten Vlaanderen. Ook in het 2de luik kan samenwerking met Wachtposten Vlaanderen mogelijks nuttig zijn in de distributie van de enquêtes onder de huisartsen.

In eerste tijd zullen de wachtpostorganisaties gecontacteerd worden met de vraag naar deelname aan dit onderzoek. Na een periode van bijvoorbeeld 2 weken zullen de vragenlijsten telefonisch met hun woordvoerder overlopen worden. Indien mogelijk zullen deze telefoongesprekken opgenomen worden, met het oog op archivering van het onderzoek.
Na een eerste analyse van deze telefonische interviews, zal het 2de deel van de studie starten.

De huisartsen van twee tot vier geselecteerde huisartsenwachtposten, zullen een enquête toegestuurd krijgen. Na een op voorhand vastgelegde periode zal de enquête afgesloten worden.

Van zodra de antwoorden van de respondenten binnenkomen, zullen de gegevens statistisch geanalyseerd worden om tot mogelijke eindconclusies te komen. Deze conclusies zullen getoetst worden aan de huidige literatuur.

De resultaten van deze beide delen van het onderzoek zullen beschreven worden in een masterproef ter behalen van het diploma master-na-master in de huisartsgeneeskunde.

Eerste luik van het onderzoek: onderzoek bij de wachtpostorganisaties

De organisaties van de huisartsenwachtposten in Vlaanderen zullen gecontacteerd worden in verband met deze studie. Hoe dit concreet zal gebeuren, bv. tijdens een vergadering, telefonisch of via mail, staat nog niet vast. Zij zullen op de hoogte gebracht worden van het concept VIM en bij deze aankondiging zal vermeld worden dat ik na 2 weken telefonisch contact met hen zal opnemen.

Concreet zal bevraagd worden of er op dit moment een VIM-beleid bestaat in hun huisartsenwachtpost en in welke vorm dit dan bestaat. Een aantal kenmerken van de wachtpost zullen aan bod komen, zoals het aantal patiëntencontacten in 2013, het aantal wachtdoende artsen en het aantal incidenten in 2013. Ook zal de mening van het bestuur gevraagd worden ten aanzien van VIM en leren uit fouten, aan de hand van een aantal stellingen. Tot slot wordt er gepeild naar de interesse voor verdere medewerking aan de studie.

In bijlage vindt u de uitgewerkte vragenlijst die besproken zal worden.

Tweede luik van het onderzoek: onderzoek bij de huisartsen die deelnemen aan de wachten op de wachtpost

Twee tot vier wachtposten die bereid zijn om mee te werken, zullen gevraagd worden de onderstaande enquêtes te verdelen onder hun dienstdoende huisartsen.

In deze enquête zal men eerst een aantal demografische kenmerken moeten invullen, zoals leeftijd en geslacht. Er zullen geen namen of geboortedata gevraagd worden. Ook HAIO's kunnen deelnemen, zij moeten dit echter wel vermelden op de enquête. Er wordt verder gevraagd op welke wachtpost de respondent wachtdienst doet en of er op deze wachtpost op dit moment een VIM-beleid in voege is. Aan de hand van een aantal stellingen wordt gepeild naar de mening van de huisarts ten aanzien van

VIM en leren uit fouten. Er wordt concreet bevraagd hoe deze VIM-procedure idealiter praktisch zou moeten plaatsvinden volgens de respondent. Tot slot geven we een aantal voorbeelden van incidenten en bevragen we of de respondent iets dergelijks reeds meemaakte en de neiging zou hebben om het te melden. Er zal gedurende deze studie nog niet gestart worden met een effectieve VIM-procedure voor het melden van incidenten.

In bijlage vindt u de volledige enquête die afgenomen zal worden.

Verwerking van de gegevens

De telefonische enquêtes zullen uitgetypt en verwerkt worden in een fiche per wachtpost. Vanuit deze gegevens zullen we trachten te destilleren hoe er op dit moment op elke wachtpost omgegaan wordt met incidenten. Door de antwoorden van de verschillende wachtposten met elkaar te vergelijken, zullen we een beeld kunnen vormen over alle deelnemende huisartsenwachtposten in Vlaanderen.

Vanuit de huisartsenenquête zullen de gegevens anoniem verwerkt en geanalyseerd worden. Concreet zullen we kijken hoe de huisartsen tegenover een VIM-procedure en leren uit fouten staan. Bovendien proberen we te achterhalen of zij vragende partij zijn voor de implementatie van een VIM-procedure in de huisartsenwachtpost en in welke vorm.

Enkele vragen zullen zowel in het eerste als het tweede luik van de enquête aan bod komen. Op die manier zou het mogelijk kunnen zijn om de mening van de wachtpostorganisatie rond enkele topics te vergelijken met de mening van de dienstdoende huisartsen. Bovendien werd een deel van de vragen overgenomen uit de eerder beschreven Deense studie, zodat ook een vergelijking met de huidige literatuur tot de opties behoort.

Beide delen van het onderzoek zullen gecombineerd beschreven worden in een gezamenlijke masterproefrapportage.

Na afloop van het onderzoek

Deelnemende wachtpostorganisaties en huisartsen kunnen na afloop van het onderzoek de resultaten inkijken, indien gewenst.

De masterproef zal ingediend en gepresenteerd worden bij het Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding (ICHO) ter behalen van het diploma master-na-master in de huisartsgeneeskunde.

Eventueel zou in een verder onderzoek ingegaan kunnen worden op het daadwerkelijk implementeren van een VIM-procedure in een huisartsenwachtpost met een evalatie van dit systeem. Dit valt echter buiten het bestek van dit onderzoek en zal afhangen van de resultaten van deze studie.

2. ADVIES ETHISCHE COMMISSIE

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Prof. dr. R. REMMEN
UA
Huisartsgeneeskunde
gebouw R317
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

Veilig Incident Melden in de Vlaamse huisartsenwachtposten (manama huisartsgeneeskunde Dr. Nele Augustyns)

datum	ons kenmerk	contactpersoon
5/05/2014	14/14/164	Annelies Van Looy / Kim Vernimmen ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 5/05/2014.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker Dr. Augystyns
- Protocol versie 2 aangepaste versie 28/04/2014
- Vragenlijst
  - Enquête wachtpostorganisatie: aankondiging, versie 2, aangepaste versie dd. 28/04/2014
  - Enquête huisartsen op de wachtpost, versie 2, aangepaste versie dd. 28/04/2014

Tenslotte verzoeken wij u ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken.

Met vriendelijke groeten,

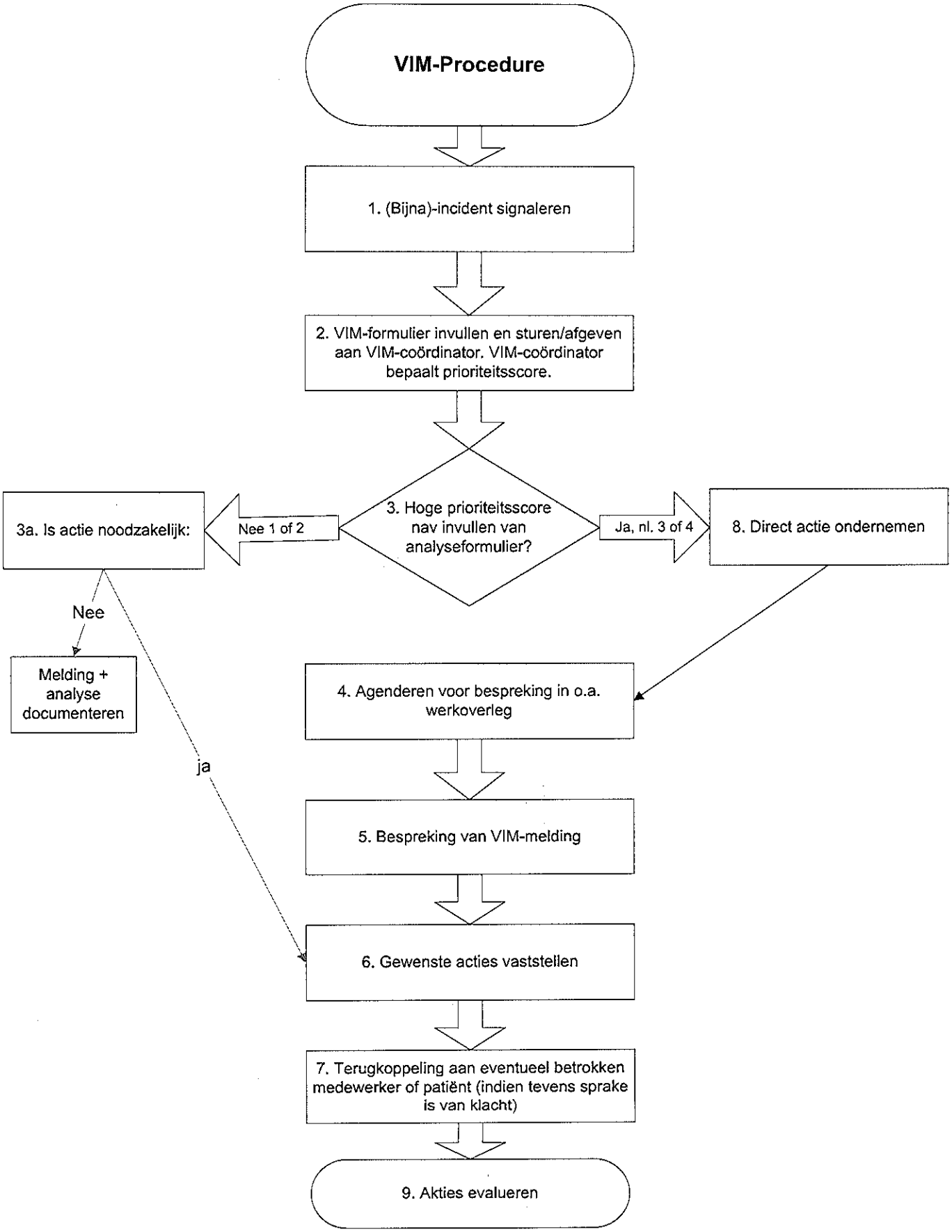
Prof. dr. P. CRAS
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Dr. N. AUGUSTYNS, Universiteit Antwerpen - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

3. VOORBEELD VIM-PROCEDURE HUISARTSENWACHTPOST BREDA

Stichting HUISARTSENPOSTEN West-Brabant

STROOMSCHEMA VIM-PROCEDURE



Status:	Definitief
Documenttype:	Procedure
Volgnummer:	
Titel:	Procedure Veilig Incidenten Melden
Versie:	3
Aanmaakdatum:	24-01-2014 12:04:29
Wijzigingsdatum:	24-01-2014 13:15:48
Voorlaatste wijzigingsdatum:	24-01-2014 12:52:40
Valide t/m:	
Eigenaar:	j.markhorst
Beheerder:	j.markhorst

Procedure Veilig Incidenten Melden

Doel:
Veilig incident of (bijna) incident melden levert een belangrijke bijdrage aan verbetering van de patiënt/medewerkersveiligheid. 'Veilig' wil zeggen dat de melder met een veilig gevoel kan melden wat er misgaat.
VIM-procedure vormt samen met de klachtenregeling en de Calamiteitenprocedure een belangrijke pijler van het Veiligheidsmanagementsysteem van HapWB.

Doelgroep:
Alle medewerkers HAPWB, te weten:
Dokterassistentes, huisartsen, Aios, waarnemers, Hidha's, Mma's

Kwaliteitseisen:
- Veilig samenwerkingsklimaat
- Het zorgvuldig omgaan met en behandelen van de (bijna)incident-melding richting betrokkenen bij de melding (medewerkers, HA, patiënten)

Schriftelijke vastlegging

Verantwoordelijk voor de uitvoering:
Bestuurder, Locatiemanager

Verantwoordelijk voor de bewaking van de uitvoering volgens kwaliteitseisen:
Locatiemanagers/VIM-coördinator(en), Huisartsen, Doktersassistenten, Beleidsmedewerker Kwaliteit & Organisatie.
In het kader van deze procedure kan per post een VIM-coördinator/VIM-commissie worden ingesteld die kan bestaan uit bijv. de Locatiemanager, doktersassistente(s), huisarts(en).

Kwaliteitsmeting:
- Aantal gemelde (bijna) incidenten en de ernst van de meldingen
- Genomen (verbeter)maatregelen

Bijlage bij procedure:
Stroomschema Procedure VIM
Meldingsformulier VIM
Journaal gemelde Incidenten
Analyseformulier VIM

Inleiding

Melding van (bijna)incidenten is nuttig omdat vroegtijdige onderkenning van vermijdbare fouten kan voorkomen dat later grotere incidenten of zelfs calamiteiten ontstaan. Dit komt de patiënt- én medewerkersveiligheid en daarmee het werkplezier ten goede.

Definities

Patiënt/medewerkersveiligheid: Het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners/medewerkers en/of door een tekortkoming van het zorgsysteem.
Het verbeteren van de patiëntveiligheid komt uiteindelijk de medewerkersveiligheid ook ten goede.
Onder medewerkers wordt verstaan: een ieder die werkzaam is op de huisartsenpost (ook huisartsen en mma's)

Bijna-incident: Elke onbedoelde gebeurtenis met kans op letsel aan de patiënt/medewerker die wordt opgemerkt en gecorrigeerd voordat deze de patiënt/medewerker kon bereiken.

Incident: Elke onbedoelde gebeurtenis die de patiënt/medewerker bereikt heeft en die tot schade aan de patiënt/medewerker heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden.

Calamiteit: Iedere niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die heeft geleid tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt/medewerker.

Klacht: Elk naar voren gebracht en ervaren bezwaar tegen het handelen, nalaten of functioneren van een medewerker en/of hulpverlener of het zorgsysteem, geuit en schriftelijk vastgelegd door de betrokken patiënt of diens vertegenwoordiger.

Fout: Het niet of foutief uitvoeren van een geïndiceerde actie (obv een diagnose) of het toepassen van een verkeerd plan om een doel te bereiken.

Complicatie: Een onbedoelde of ongewenste uitkomst tijdens of volgend op het handelen of nalaten van een medewerker en/of zorgverlener, die voor de gezondheid van de patiënt/medewerker zodanig nadelig is dat aanpassing van het (be)handelen noodzakelijk is dan wel sprake is van een onherstelbare schade.

Vermijdbaar: Na een systematische analyse blijkt dat het incident door bepaalde maatregelen voorkomen had kunnen worden.

Verwijtbaar: Na systematische analyse blijkt dat de medewerker en/of zorgverlener is tekortgeschoten en/of onzorgvuldig is geweest, uitgaande van de professionele standaard.

Werkinstructie:

1. (Bijna)incident signaleren:
Een (bijna)incident is iedere gebeurtenis op de huisartsenpost of tijdens een visite, al dan niet door menselijk handelen of nalaten veroorzaakt, met een (potentieel) schadelijk gevolg voor de patiënt en/of medewerker. De melding gebeurt bij voorkeur door de medewerker die direct bij het incident betrokken was. Andere medewerkers kunnen een (bijna)incident melden als zij vinden dat de direct betrokkene het ten onrechte niet zelf meldt. Het heeft de voorkeur dit alleen te doen met medeweten van de direct betrokkene medewerker.

2. VIM-formulier invullen en opbergen
Uitgangspunt is dat alleen gegevens worden verstrekt die relevant zijn voor het doel van de melding. Persoonsgegevens van de patiënt worden daarom geanonimiseerd, tenzij zij relevant zijn voor de toedracht van het (bijna)incident of terugkoppeling aan de patiënt is afgesproken in het geval van een klacht.
Het formulier moet na het invullen naar de VIM-coördinator worden gestuurd. Deze neemt de melding in behandeling en bergt een kopie op in een speciale VIM-ordner.
De meldend medewerker kan de melding direct aan de VIM-coördinator voorleggen als hij/zij denkt dat snelle actie gewenst is.
Mocht de melding betrekking hebben op het handelen van de VIM-coördinator, dan wordt de melding

rechtstreeks naar de Directie en/of de Locatiemanager gestuurd in plaats van naar de VIM-coördinator.

3. VIM-formulier scoren en prioriteit vas
De VIM-coördinator scoort wekelijks de categorieën van de VIM-meldingen en beoordeelt de prioriteit. De coördinator kan dit doen dmv het Analyseformulier.
Hoge prioriteit: meteen oppakken: ga verder bij stap 8
Lagere prioriteit: (geanonimiseerd) bespreken in eerstvolgende reguliere werkoverleg en/of in het Beleidscommissie-overleg: ga verder bij stap 4.
De melder krijgt van de VIM-coördinator een terugkoppeling.
De VIM-coördinator vult de melding in op de 'Overzichtstabel gemelde incidenten'. De voortgang van de behandeling van de melding wordt hierop bijgehouden.

4. Agenderen voor reguliere bespreking
Het verdient de voorkeur om VIM-meldingen die, na analyse, in risicogroep 3 en 4 (hoge risicogroepen) vallen in volgorde van binnenkomst op een terugkerend moment te bespreken, bijv. als vast onderdeel van het werkoverleg en/of het Beleidscommissie-overleg. Zijn er meer VIM-meldingen dan tijd voor bespreking, dan kan de VIM-coördinator een selectie maken.

5. Bespreking van de VIM-melding (eventueel geanonimiseerd)
Bespreek van te voren met betrokkenen of melding wel of niet geanonimiseerd wordt besproken. Bespreek de melding (risicogroep 3 en 4) volgens een vast stramien. Geef alle medewerkers een samenvatting van de melding en laat eventueel de meldende medewerker, indien deze hiermee akkoord is gegaan, een toelichting geven. Dit geldt ook voor de (bijna)incidenten met hoge prioriteit waarvoor al voor de bespreking actie is ondernomen. De VIM-coördinator licht de hoge prioritering toe.

6. Gewenste acties vaststellen
VIM-coördinator noteert de gezamenlijk bedachte acties om een volgend (bijna)incident te voorkomen.
NB: Spreek pas acties af nadat er een (vorm van) analyse is gedaan.

7. Terugkoppeling aan eventueel betrokken medewerker of patiënt
Het kan zijn dat een betrokken medewerker niet bij de bespreking aanwezig is of dat een patiënt betrokken was bij het (bijna)incident. Bespreek dan of de uitkomsten naar hen teruggekoppeld moeten worden en wie dat doet, de meldend medewerker of de VIM-coördinator.
Indien (bijna)incidentmelding tevens in een klacht van een patiënt is uitgemond, dan vindt altijd terugkoppeling plaats naar de patiënt conform de klachten procedure

8. Direct actie ondernemen
De VIM-coördinator selecteert eventueel meldingen met een hoge prioriteit, bepaalt direct (eventueel in overleg met voorzitter Beleidscommissie) welke acties nodig zijn en voert deze, al dan niet zelf, uit. Hij noteert die acties en bevindingen op het VIM Analyseformulier

9. Vastgestelde acties evalueren
Bespreek bij elk regulier werkoverleg en/of Beleidscommissie-overleg welke acties geslaagd zijn en waar aanpassing nodig is. Dit maakt zowel niet-toereikende als zinvolle acties zichtbaar. Leg de evaluatie schriftelijk vast.

Per kwartaal wordt in het P&C Kwartaaloverzicht per post een statistisch overzicht gemaakt van de meldingen, gegroepeerd op hoofdcategorie, specificatie en aantal geslaagde verbeteringen.

VIM-meldingen – verbetermaatregelen is vast agendapunt op Kwaliteitsoverleg ahv 'overzichtstabel gemelde incidenten' (geanonimiseerd)

Stichting
HUISARTSENPOSTEN
West-Brabant

Meldingsformulier VIM

Dit formulier is bedoeld om te beschrijven **wat** en **waarom** een (bijna-)incident is gebeurd.

Datum melding:	Datum gebeurtenis:

Gegevens van de melder

Naam:	Functie: Locatie HAP:

Betrokken medewerkers/HA

De melding gebeurt bij voorkeur door de direct betrokken medewerker(s). Andere betrokken medewerkers kunnen melden als zij vinden dat de direct betrokkene ten onrechte niet zelf meldt. Bij voorkeur gebeurt dit met medeweten van de direct betrokkene.

Naam:	
Naam:	

Is direct betrokken medewerker geïnformeerd over de melding: ja / nee

Gegevens over eventueel betrokken patiënt

Naam:	Geboortedatum
Is patiënt ingelicht over incident: Nodig als het incident (gezondheids)consequenties heeft voor de patiënt O JA O NEE	Zo ja, door wie: O mondeling O schriftelijk

Beschrijving van de gebeurtenis (het (bijna-)incident)

Waarop had het incident betrekking (categorie). ***Er kunnen meerdere categorieën worden aangekruisd***

O 1. Invloeden van buitenaf (bijv. technische storing) **O 2.** Teamgebonden en sociale factoren
O 3. Informatie en communicatie **O 4.** Opleiding en training **O 5.** Taken, protocollen en procedures
O 6. Apparatuur en materiaal **O 7.** Werkomstandigheden **O 8.** Organisatie **O 9.** Patiënt **O 10.** Individu

Handelen na gebeurtenis

1. Hoe heb je gehandeld ná de gebeurtenis:

2. Wie heb je geïnformeerd:

Schat de ernst in van wat had kunnen gebeuren (klein, matig ernstig, zeer ernstig tot catastrofaal)

Suggesties om herhaling te voorkomen - verbeteracties

status X vastgesteld	ingangsdatum: April 2010	datum akkoord HAR datum akkoord RvB 11-01-2011 (herziene versie)	Naam: Meldingsformulier VIM Behorend bij VIM-procedure
evaluatietermijn: Jaarlijks	eerstvolgende evaluatie: Juni 2012	geschreven door: J. Markhorst	Laatste mutatie: 20-6-2011 Door: J. Markhorst

4. VIM-PROCEDURE OPGEMAAKT VOOR OPLEIDINGSPRAKTIJK

Protocol Veilig Incident Melden Praktijkhuis

Gebaseerd op de NHG-leidraad 2011: in bijlage.
Gebaseerd op protocol 2014 HAP Breda: in bijlage.

Doel: veilig incident of bijna-incident melden levert een belangrijke bijdrage aan verbetering van de patiënt/medewerkers veiligheid. 'Veilig' wil zeggen dat de melder met een veilig gevoel kan melden wat er misgaat. Het melden van incidenten is nuttig omdat vroegtijdige onderkenning van vermijdbare fouten kan voorkomen dat later grotere incidenten of zelfs calamiteiten ontstaan. Dit komt ook het werkplezier ten goede.

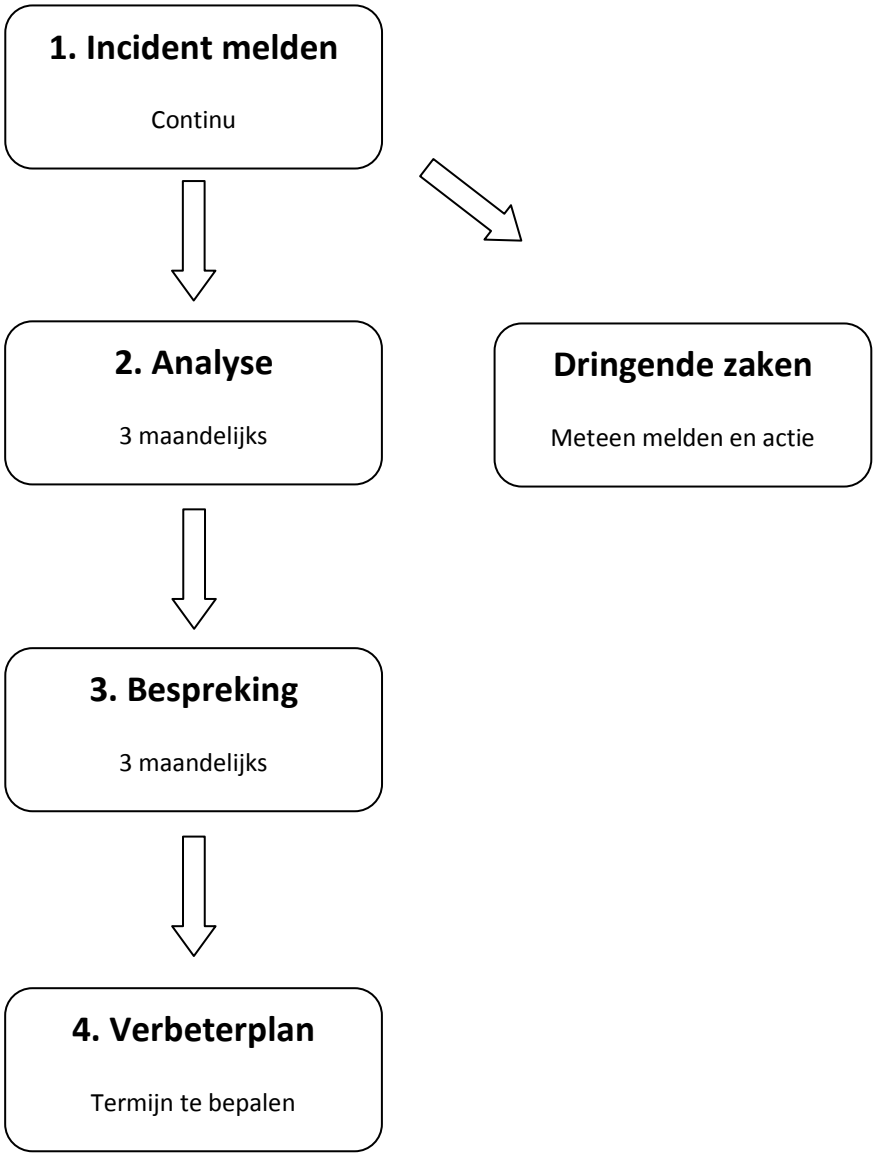
Doelgroep: alle praktijkmedewerkers. Bij aanvang van het protocol werden alle medewerkers gebrieft over het doel en de procedure (maandag 6/10/2014).

Kwaliteitseisen: een veilig samenwerkingsklimaat en het zorgvuldig omgaan met en behandelen van de (bijna)incident melding richting betrokkenen bij de melding (medewerkers/huisarts/patiënt). Schriftelijke vastlegging.

Verantwoordelijk voor de uitvoering: VIM-coördinator(en) Dr. C. Lesaffer (eindverantwoordelijke), dr. N. Augustyns, V. Vriens (praktijkassistente).

Kwaliteitsmeting:
- Aantal gemelde (bijna)incidenten en de ernst van de meldingen
- Genomen (verbeter)maatregelen

VIM logaritme



1. Vim-coördinatoren

De VIM-coördinator bewaakt het proces en de afgesproken termijnen. Hij/zij prioreert de meldingen en beslist op basis hiervan welke meldingen op het overleg behandeld moeten worden. Vanuit de NHG-praktijkrichtlijn wordt geadviseerd te kiezen voor de hoogste in hiërarchie. Er wordt ook aangeraden om deze coördinator een bijscholing te laten volgen. Deze cursus wordt echter niet meteen georganiseerd, omwille van voorlopig beperkte beschikbaarheid.

2. Melden

2.1. Wat moet gemeld worden?

Alles wat (bijna) mis ging. Dit wil zeggen dat niet alleen gebeurtenissen die tot schade hebben geleid, gemeld worden, maar ook de gebeurtenissen die tot schade hadden kunnen leiden. Ook veiligheidsrisico's worden gemeld. VIM's kunnen in 10 categorieën ingedeeld en verwerkt worden (zie bijlage instrumentenblad voor registratie).

2.2. Doelgroep

Alle medewerkers moeten meldingen kunnen doen. De melding gebeurt bij voorkeur door de medewerker die direct bij het incident betrokken was. Andere medewerkers kunnen een (bijna)incident melden als zij vinden dat de direct betrokkene het ten onrechte niet zelf meldt. Voorlopig kunnen de externe medewerkers zoals bv. de psychologen, fysiotherapeuten, osteopate en diëtiste nog geen melding doen. We focussen eerst op de praktijkmedewerkers zelf, na evaluatie over een jaar kan het systeem nog uitgebreid worden. Het boekje is toegankelijk voor iedereen en het melden vraagt geen grote inspanning of tijdsinvestering. De meldingen gebeuren niet anoniem, maar ze worden met respect behandeld in een 'veilig' milieu. De medewerkers die bij het incident betrokken zijn, hebben geheimhoudingsplicht ten aanzien van buitenstaanders. Bij aarzeling door een medewerker in het schriftelijk signaleren kan die de VIM-coördinator persoonlijk aanspreken.
Patiënten kunnen tevens incidenten melden of verbeteringen suggereren aan de hand van een brievenbus in de wachtzaal. Bovendien wordt er halfjaarlijks een klankbordgroep georganiseerd, waaruit ook verbeterpunten gedistilleerd worden. De verkregen gegevens van beide bronnen worden meegenomen in het driemaandelijks VIM-overleg. Informatie naar patiënten toe via de website.

2.3. Noteren VIM (voorbeeld in bijlage)

Incidenten worden gemeld via het meldingenboekje aan de balie. Dit wordt gedaan sinds oktober 2013. Indien relevant, worden de persoonlijke gegevens van de patiënt vermeld. De meldend medewerker kan de melding met hoge prioriteit meteen aan de VIM-coördinator voorleggen als hij/zij denkt dat snelle actie gewenst is.
Ernstige calamiteiten (Iedere niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die heeft geleid tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt) moeten gemeld worden aan de Inspectie van Volksgezondheid.

3. Analyse

Driemaandelijks worden de genoteerde VIM's beoordeeld en gecatalogeerd met inschatting van de ernst door de coördinator. Dit gebeurt aan de hand van de safety assessment code (zie instrumentenblad voor registratie). Incidenten met een lagere score (1-2) worden wel besproken maar een uitgebreide analyse is niet noodzakelijk (zie bespreking). Voor incidenten met score 3 en 4 dringt een nadere analyse van het incident zich op (zie instrumentenblad voor analyse). Meldingen met hoge prioriteit dienen onmiddellijk geanalyseerd en verwerkt te worden.
Op basis van deze analysen worden dan bijkomende maatregelen genomen in de praktijk.

4. Bespreking

Elke 3 maanden worden de meldingen globaal besproken tijdens het maandagoverleg met alle medewerkers. Belangrijke incidenten met hoge prioriteitsscore worden eerder en uitgebreider verwerkt. Tevens worden de gegevens vanuit de ideeënbus in de wachtzaal en de klankbordgroep mee besproken. De besprekingen kunnen aanleiding geven tot een concreet verbeterplan.

5. Verbeterplan

Bij het opstellen van een verbeterplan wordt afgesproken binnen welke termijn eventuele acties zullen uitgevoerd worden. Per casus wordt afgesproken of de betrokken persoon of personen verwittigd moeten worden en door wie. Bij een groot incident waarbij interne relaties onder druk komen te staan, is externe coaching te overwegen.

6. Registratie verwerking VIM's

Alle voorafgaande stappen van de VIM-procedure worden gebundeld in een VIM-register, toegankelijk voor alle betrokken medewerkers.

7. Evaluatie van de VIM-procedure

Na een jaar plannen we een evaluatie van de VIM-procedure.

VIM registratie blad:

		ERNST			
		Catastrofaal	Groot	Matig	Klein
FREQUENTIE	Wekelijks	4	3	3	2
	Maandelijks	4	3	2	1
	Jaarlijks	4	2	1	1
	Minder dan 1x/jaar	3	2	1	1

Catastrofaal = overlijden of ernstig permanent letsel en/of intensieve medische behandeling.
Groot = klein permanent letsel en/of ernstig tijdelijk letsel en/of ziekenhuisopname noodzakelijk en/of mogelijk veel extra kosten.
Matig = klein tijdelijk letsel en/of extra behandeling in de tweede lijn noodzakelijk (geen opname) en/of conflict met patiënt door vertrouwensbreuk en/of mogelijk veel extra kosten.
Klein = ongemak voor patiënt zoals wachttijd, extra behandeling in de eerste lijn noodzakelijk, irrita-tie en/of weinig extra kosten en/of geen letsel of geen gevolgen.

Categorie:

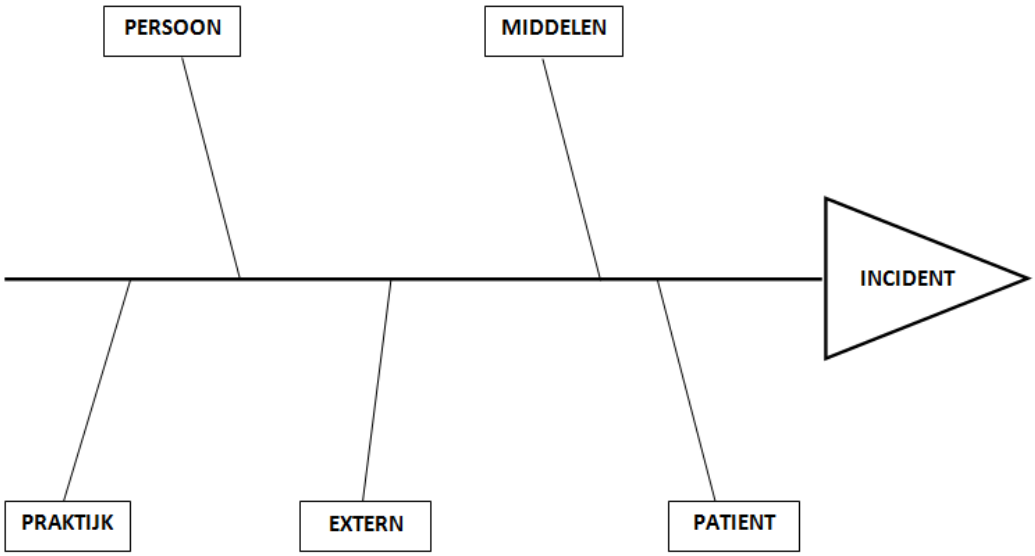
Invloeden van buitenaf - technische storingen buiten het pand - brand/blikseminslag - landerlijke, regionale , locale acties/stakingen ...	**Apparatuur en materiaal** - werking/onderhoud - interactie belendende apparatuur - opstelling/bedieningsgemak - technische uitvoering/opslag - interactie mens-materiaal - opleiding/instructie voor bedieninggebruik - gebruik en leesbaarheid handleiding ...
Teamgebonden en sociale factoren - samenwerking, respect, steun bij aangelegenh. - hiërarchie, stijl van leidinggeven ...	**Werkomstandigheden** - omgeving: lawaai/temperatuur/geur - ontwerp en uitvoering werkruimten - administratieve taken - werkdruk: werklast/bezetting - bekendheid met werkwijzen/cultuur ...
Informatie en communicatie - patiëntenidentificatie	**Organisatie** - management/bedrijfscultuur

- verslaglegging - (non)verbaal - communicatiekanalen - oproepsystemen ...	- afspraken met ondersteunende diensten - beloningsystemen/schuldschaamtecultuur - aandacht voor veiligheid van patiënten en medewerkers - voorbeeldgedrag vanuit management ...
Opleiding en training - juiste opleidingsniveau - beschikbaarheid opleidings- en trainingsprogramma's - skillsmix medewerkers - toezicht op uitvoering - coaching en feedback ...	**Patiënt** - klinisch beeld - culturele/etnische achtergrond - leeftijd en ontwikkeling - invloed familie/omgeving/zorgverleners ...
Taken, protocollen en procedures - taakopvatting - functieomschrijving/-formulering - werkafspraken over taken - beslissingsbevoegdheid - beschikbaarheid van werkafspraken/protocollen - beschikbare tijd voor taken ...	**Individu** - vermoeidheid - stress - verslaving - risiconemend of – mijdend - persoonlijke thuissituatie ...

VIM analyse blad:

Beïnvloedende factoren: Waarom kom het *toen* gebeuren?

Basisoorzaken: *Waarom* kon het gebeuren?



Hoe is het te *voorkomen*?

Fysieke barrières (bv. slot op de deur, apparatuur op 1 manier te gebruiken, bekleding heetwaterleiding, software…)

Administratieve barrières (bv. protocollen, procedures, pop-ups, schooling …)

Menselijke barrières (bv. werkafspraken, controleren, dubbelcheck, observeren, attentiebriefjes, meer personeel…)

5. ENQUETE MANAGERS

Enquête wachtpostorganisatie: aankondiging

Beste leden van de wachtpostorganisatie,

In het kader van mijn masterproef voor de master-na-master huisartsgeneeskunde, startten we recent een onderzoeksproject bij alle huisartsenwachtposten in Vlaanderen. Hierbij focussen we op Veilig Incident Melden (VIM) in de huisartsenwachtpost. Het doel van dit project is het in kaart brengen van het huidige VIM-beleid op de huisartsenwachtposten in Vlaanderen enerzijds en de mening van de wachtdoende huisartsen ten aanzien van VIM anderzijds.

Een kort woordje uitleg hierover: de term VIM wordt ontleend aan de Nederlandse NHG-leidraad rondom de procedure veilig incident melden, in het kader van patiëntveiligheid. Het dekt het volledige spectrum van bijna-incidenten tot en met echte fouten en hoe hiermee omgegaan wordt in een praktijk of wachtpost. Concreet komt het erop neer dat incidenten gemeld worden, waarna ze geanalyseerd worden met als uitkomst een mogelijk verbeterplan voor de organisatie. In de Nederlandse huisartsenwachtposten wordt dit protocol reeds gehanteerd en het wordt ook steeds meer verwacht van de individuele huisartsenpraktijken in het kader van hun accreditering. Het VIM-concept is trouwens niet eigen aan de gezondheidszorg, het wordt momenteel reeds in verscheidene takken van het bedrijfsleven gebruikt, met als doel kwaliteitsverbetering.

'Veilig' staat voor de noodzakelijke randvoorwaarde van een veilige respectvolle omgeving die dergelijke meldingen toestaat en waar met open communicatie en zonder ernstige wrijvingen gewerkt wordt. Het is daarbij niet de bedoeling dat een melding tot individuele sancties of maatregelen leidt.
Het 'Incident' is gedefinieerd als elke onbedoelde gebeurtenis die tot schade aan een patiënt heeft geleid, kan leiden of had kunnen leiden. Hierbij moet het belangrijke onderscheid gemaakt worden met een klacht. Een klacht wordt steeds, al dan niet schriftelijk, vastgelegd door de patiënt, terwijl bij VIM net de betrokken hulpverleners zelf de meldingen doen.

Het opzet van deze studie is als volgt:
Door middel van een telefonische enquête tracht ik een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van het huidige VIM-beleid op alle huisartsenwachtposten in Vlaanderen. Dit is uiteraard niet mogelijk zonder uw medewerking.

Ik hoop dat u na deze informatie overtuigd bent om mee te werken aan dit onderzoek.

Uiteraard hebt u als deelnemer steeds het recht om het uitgeschreven protocol en de onderzoeksresultaten in te zien.

Ik zal binnenkort telefonisch contact met u opnemen om samen een vragenlijst te overlopen. Op deze manier kunnen we een volledig beeld schetsen van hoe op uw wachtpost op dit moment met VIM omgegaan wordt. Bovendien zullen een aantal kenmerken van de wachtpost bevraagd worden, zoals het aantal patiëntencontacten en het aantal dienstdoende huisartsen.

Alvast bedankt voor de inspanning.

Dr. Nele Augustyns, Huisarts-in-opleiding
Dr. Caroline Lesaffer, Praktijkopleider
Prof. Roy Remmen, Promotor
Dr. Stefan Teughels, Co-promotor

Enquête telefonisch:

Wenst u deel te nemen aan deze studie?

Gaat u akkoord dat deze gegevens gebruikt worden in wetenschappelijk onderzoek en dat dit gesprek wordt opgenomen?

1. Wachtpost:

2. Hoeveel patiëntencontacten in 2013?

3. Hoeveel artsen doen er wachtdienst in de wachtpost?

4. Wat gebeurt er op dit moment met meldingen van incidenten op uw huisartsenwachtpost? In hoeveel procent van de gevallen...

O worden problemen voorgelegd op een bestuursvergadering en afgehandeld ...

O wordt het incident structureel geanalyseerd en er wordt een verbeterplan opgesteld ...

O wordt geen verdere actie ondernomen ...

O wordt de betrokken hulpverlener gecontacteerd ...

O wordt genoteerd en wordt er afgewacht tot er nog meldingen rondom dit thema komen ...

5. Bestaat er op de wachtpost reeds een concreet beleid of een procedure rond VIM?

Ja	Nee

Zo ja, beschrijf in enkele zinnen:

6. Bestaat er op de huisartsenwachtpost interesse in het uitwerken van een gestructureerd VIM-beleid?

Ja	Nee

7. Vindt u dat incidenten op de wachtpost gemeld moeten worden?

Ja	Nee

8. Denkt u dat veilig incident melden de kwaliteit van de werking op de wachtpost kan verbeteren?

Ja	Nee

9. Hoeveel incidenten zijn er geweest het afgelopen jaar?

10. Is er op dit moment een ombudsman die zich hiermee bezig houdt?

Ja	Nee

11. Hoe worden de incidenten momenteel voornamelijk gemeld?

	Via mail
	Telefonisch
	In een boekje geschreven
	Verwerkt in het software systeem
	Niet

12. Heeft een melder van een incident automatisch de mogelijkheid om feedback te geven op het werk van de dienstdoende huisartsen via een bestaand platform?

Ja	Nee

13. Wat denkt u in de toekomst met veilig incident melden te kunnen doen op de wachtpost?

14. Geef aan in welke mate u akkoord gaat met de volgende stellingen:

Stelling	**Helemaal akkoord**	**Eerder akkoord**	**Eerder niet akkoord**	**Helemaal niet akkoord**
Een organisatie als een wachtpost kan leren uit fouten.				
Het veilig incident melden kan hierin een rol spelen.				
Het veilig incident melden kan leiden tot positieve veranderingen in een wachtpost.				
Het gestructureerd veilig incident melden draagt bij aan een verbetering van de patiënt veiligheid.				
De wachtpost staat positief tegenover een gestructureerd meldsysteem, op voorwaarde dat de melding geen sancties inhoudt ten aanzien van de melder.				
Een incident op de wachtpost moet steeds geanalyseerd worden, besproken worden in een bestuursvergadering en leiden tot een verbeterplan voor de wachtpost.				
Alle medewerkers op de wachtpost moeten meldingen van incidenten kunnen doen.				
Patiënten moeten meldingen van incidenten kunnen doen.				

6. ENQUETE HUISARTSEN

Beste collega,

Met Wachtposten Vlaanderen en Universiteit Antwerpen startten we een onderzoek naar “Veilig Incident Melden” (VIM) in de huisartsenwachtpost. We willen in kaart brengen wat er op dit moment gebeurt met incidenten op de Vlaamse huisartsenwachtposten. Met deze korte vragenlijst krijgen we een beeld van wat huisartsen hierover denken.

Een kort woordje uitleg: VIM staat voor ‘veilig incident melden’ en heeft te maken met kwaliteitsmanagement. Deze term dekt het spectrum van bijna-incidenten tot en met echte fouten en hoe hiermee omgegaan wordt in een organisatie. ‘Veilig’ staat voor een veilige respectvolle omgeving die het melden van incidenten toestaat, met open communicatie. Het komt erop neer dat incidenten gemeld worden, waarna ze geanalyseerd worden met als mogelijke uitkomst een verbeterplan voor de organisatie. Een VIM is geen klacht. Een klacht wordt neergelegd door de patiënt, terwijl bij VIM juist de betrokken hulpverlener het probleem signaleert. In de Nederlandse wachtposten wordt dit protocol al gebruikt. Ook veel Belgische ziekenhuizen werken met VIM. Het concept is trouwens niet eigen aan de gezondheidszorg, het wordt ook in de industrie gebruikt, met als doel kwaliteitsverbetering. Hieronder vindt u enkele voorbeelden:

- ☐ *U leest in het wachtverslag dat een van uw patiënten in het weekend behandeld werd door een collega huisarts op de wachtpost. De patiënt kreeg echter op de wachtpost een anbitioticum dat niet geschikt was voor de aandoening waarvoor hij consulteerde.*
- ☐ *Een dienstdoende arts wordt bij een zeer geagiteerde diabetespatiënt geroepen met ernstige hypoglycemieverschijnselen. De arts besluit glucagon toe te dienen, maar dit blijkt niet in de urgentietrousse aanwezig te zijn. De arts lost dit op met een moeizame IV glucosetoediening.*
- ☐ *Een patiënt belt elk weekend naar de huisartsenwachtpost met de vraag naar een dringend huisbezoek. Tot nu toe werd er elk weekend een collega naartoe gestuurd, steeds zonder duidelijk aantoonbare pathologie vast te kunnen te stellen.*

We hopen dat u na deze informatie overtuigd bent om mee te werken aan dit onderzoek. Deze gegevens worden anoniem verwerkt en zullen op geen enkele manier terug te voeren zijn naar u persoonlijk.

Alvast bedankt voor uw inspanning.

Dr. Stefan Teughels, voorzitter Wachtposten Vlaanderen.
Prof. Roy Remmen, diensthoofd Centrum voor Huisartsgeneeskunde, UA.
Dr. Nele Augustyns, HAIO-onderzoeker.

Personalia

Leeftijd: ..... Jaar

Geslacht: M / V

Bent u HAIO: Ja / Nee

Werkvorm:

- ☐ Soloprakijk
- ☐ Duopraktijk
- ☐ Groepspraktijk

Ik ga akkoord dat deze gegevens gebruikt worden in wetenschappelijk onderzoek. Ja / Nee

Vragenlijst

Heeft u ooit een soortgelijk incident, zoals in de voorbeelden beschreven, meegemaakt? Ja / Nee

Zou u geneigd zijn om dit te melden? Ja / Nee

Hoe vindt u dat de meldingen dienen te gebeuren? Anoniem / Vertrouwelijk

In welke mate gaat u akkoord met de volgende stellingen?

	Helemaal akkoord	**Eerder akkoord**	**Eerder niet akkoord**	**Helemaal niet akkoord**
Een organisatie als een wachtpost kan leren uit fouten.	O	O	O	O
Het 'veilig incident melden' kan hierin een rol spelen.	O	O	O	O
Het gestructureerd 'veilig incident melden' draagt bij aan een verbetering van de patiëntveiligheid.	O	O	O	O
Ik sta positief tegenover een gestructureerd meldsysteem van incidenten, op voorwaarde dat de melding geen sancties inhoudt ten aanzien van de melder.	O	O	O	O
Een incident op de wachtpost moet altijd geanalyseerd worden, besproken worden in een bestuursvergadering en leiden tot een verbeterplan voor de wachtpost.	O	O	O	O
Het 'veilig incident melden' creëert meer openheid onder collega's over onze (bijna)fouten.	O	O	O	O
De werktevredenheid van de huisarts verbetert als er een forum bestaat voor gestructureerde analyse en discussie over incidenten.	O	O	O	O
Het 'veilig incident melden' maakt het beroep huisarts moeilijker.	O	O	O	O
Ik maakte reeds een incident mee in de praktijk en mijn aanpak veranderde hierdoor.	O	O	O	O
Collega's zouden kunnen leren van de ervaringen die ik heb met incidenten.	O	O	O	O
Ik heb ooit mijn aanpak aangepast op basis van een incident dat een collega meemaakte.	O	O	O	O
Ik ben bang dat de melding tegen de melder gebruikt kan worden.	O	O	O	O
Ik zou een incident melden waar een collega huisarts bij betrokken is.	O	O	O	O
Alle medewerkers op de wachtpost moeten meldingen van incidenten kunnen doen.	O	O	O	O
Patiënten moeten meldingen van incidenten kunnen doen.	O	O	O	O