Veilige zorg voor de psychiater

Onderzoek naar rol en positie van de psychiater in patiëntveiligheid

A.C.M. Kleinsman, psychiater, projectleider
Drs. B. van Nieuwenhuizen, projectmedewerker

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE

Veilige zorg, ieders zorg

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie in het kader van het patiëntveiligheidsprogramma 'Veilige zorg, ieders zorg' van GGZ Nederland.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, juni 2013

Veilige zorg voor de psychiater

Onderzoek naar rol en positie van de psychiater in patiëntveiligheid

Inhoud

1.	Onderzoeksvraag	4
1.1.	Inleiding	4
1.2.	Probleemstelling	4
1.3.	Vraagstelling	4
2.	Onderzoeksopzet	5
2.1.	Onderzoeksgroep	5
2.2.	Onderzoeksmethode en instrumenten	5
3.	Data en analyse	6
3.1.	Dataopslag	6
3.2.	Data-analyse	6
4.	Resultaten	7
4.1.	Populatie en respons	7
4.2.	Kennis van Patiëntveiligheid	7
4.2.1.	Definitie patiëntveiligheid	7
4.2.2.	Veiligheidsrisico's in de GGZ	8
4.2.3.	VIM	9
4.2.4.	Fouten	11
4.2.5.	Suïcide	11
4.2.6.	Risicotaxatie	12
5.	Veiligheidscultuur	14
5.1.	'Veilige zorg, ieders zorg', GGZ Nederland	14
5.2.	Visie op veiligheid	14
5.3.	Bijdrage en rol psychiater	15
6.	Conclusies en aanbevelingen NVvP	18
	Bijlagen	20

1. Onderzoeksvraag

1.1. Inleiding

In navolging van de somatische gezondheidszorg is ook binnen de GGZ in de afgelopen jaren veel aandacht besteed aan het onderwerp patiëntveiligheid, met name in het kader van het patiëntveiligheidsprogramma 'Veilige zorg, ieders zorg' (2008-2013) dat GGZ Nederland coördineert en waarin de NVvP participeert. Hierbij zijn inhoudelijke speerpunten bepaald die hebben geresulteerd in diverse projecten die inmiddels zijn afgerond. Veel belang wordt daarbij gehecht aan het bevorderen van een veiligheidscultuur: een cultuur waarin open kan worden gesproken over (bijna) incidenten. Veiligheidscultuur is de zachte kant van een veiligheidsmanagementsysteem en kan omschreven worden als een geïntegreerd patroon van individueel en organisatorisch gedrag, gebaseerd op gedeelde waarden en overtuigingen, waarbij voortdurend getracht wordt om risico's te beheersen, eventuele schade voor de patiënt en medewerkers in het zorgproces zoveel mogelijk te beperken en te leren van (on)veilig handelen.
Daarbij manifesteren zich twee dimensies:

- Veiligheidscultuur heeft betrekking op de gedeelde normen en waarden ten aanzien van het onderwerp veiligheid (organisatorisch).
- Veiligheidscultuur heeft ook betrekking op afspraken over gewenste houding en gedrag t.a.v. veiligheid (individueel handelingsniveau).

1.2. Probleemstelling

Aan het eind van het programma 'Veilige zorg, ieders zorg' kan geconstateerd worden dat er veel bereikt is, dat patiëntveiligheid duidelijk op de agenda is gekomen, maar dat de rol van professionals, waaronder psychiaters, nog (te) beperkt is geweest. Een aantal speerpunten uit 'Veilige zorg, ieders zorg' liggen specifiek op het terrein van de psychiater, zoals suïcidepreventie, medicatieveiligheid en dwang en drang. Daarbij is in de GGZ ook de samenwerking met andere disciplines steeds een punt van aandacht, waarbij met name communicatie van groot belang is. In de praktijk blijkt dat er onder psychiaters wel belangstelling is voor het onderwerp patiëntveiligheid, maar dat het hen veelal ontbreekt aan inhoudelijke kennis. Ook in de opleiding en de nascholing van psychiaters wordt nog geen structurele aandacht besteed aan het onderwerp.
Zoals bij alle medisch specialisten kan de cultuur onder psychiaters belemmerend zijn en een veiligheidscultuur in de weg staan. Men heeft niet geleerd en is niet gewend open te zijn over fouten en laat zich niet makkelijk aanspreken, vooral niet door personen lager in de hiërarchie. Een veiligheidscultuur kan alleen tot stand komen als dit op het hoogste niveau, bij Raad van Bestuur en directie, ondersteund en gefaciliteerd wordt.
Samenvattend is de indruk dat psychiaters nog onvoldoende op de hoogte zijn van de inhoudelijke thema's van het patiëntveiligheidsprogramma, dat openheid ten aanzien van incidenten niet gebruikelijk is en dat psychiaters een duidelijker rol zou kunnen nemen in het vestigen van een veiligheidscultuur.

1.3. Vraagstelling

Het project 'Veilige zorg voor de psychiater' had als doel bovengenoemde situatie te analyseren en vervolgens voorstellen te doen voor een plan van aanpak. In aansluiting op het beleid op het gebied van patiëntveiligheid van de Commissie Kwaliteitszorg (CKZ) van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), zoals beschreven in de startnotitie patiëntveiligheid (april 2012), was het project gericht op het verbeteren van de veiligheidscultuur onder psychiaters. Daarbij zijn de volgende concrete doelstellingen geformuleerd:

- Veiligheidscultuur: het inventariseren van de mogelijkheden en knelpunten die psychiaters ervaren om de veiligheidscultuur binnen hun instelling, en specifiek binnen hun beroepsgroep, te realiseren dan wel te verbeteren. Op basis hiervan kunnen actiepunten worden geformuleerd, waarbij in ieder geval de rol van de NVvP wordt geëxpliciteerd.
- Het opstellen van een agenda met onderwerpen die nader uitgewerkt dienen te worden in het kader van de kwaliteitsparagraaf van het bestuurlijk akkoord van de NVvP.

2. Onderzoeksopzet

2.1. Onderzochte groep

De onderzochte groep bestond uit psychiaters, geneesheer-directeuren, directeuren zorg, managers en verpleegkundigen, allen werkzaam bij GGZ-instellingen. Hoewel het project gericht was op de rol van de psychiater werd daarbij de mening van andere disciplines ook van belang geacht. Het streven was per instelling twee psychiaters, één geneesheer-directeur of directeur zorg en één manager of verpleegkundige te interviewen.
Bij het selecteren van instellingen werd gestreefd naar diversiteit. Er werd contact gelegd met grotere GGZ-instellingen verspreid over het land, een forensische instelling, een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie, een academische kliniek en een instelling voor verslavingszorg. Bij de GGZ-instellingen werd gezocht naar zowel instellingen die als pilot-instelling betrokken waren bij 'Veilige zorg, ieders zorg', als instellingen die dit niet waren.
Contact met de instellingen werd persoonlijk gelegd door de projectmedewerkers vanuit hun eigen professionele netwerk.
Alle deelnemers kregen schriftelijke informatie over het project.

2.2. Onderzoeksmethode en instrumenten

Naar aanleiding van de vragen uit de projectnotitie werd door de projectmedewerkers een concept-interview gemaakt. De projectnotitie is gemaakt door een kleine werkgroep vanuit de CKZ (J. Havenaar, A. Kleinsman en A. Schene en de beleidsmedewerkers van de NVvP B. de Groot en M. de Feiter) en was gebaseerd op de startnotitie patiëntveiligheid van de CKZ (2012) en de Handreiking Veiligheidscultuur van GGZ Nederland (2012). Het interview is aangevuld en bijgewerkt naar aanleiding van opmerkingen van leden van de CKZ en de beleidsmedewerker van GGZ Nederland.
De vragen zijn ingedeeld naar onderwerp. Alle vragen werden ondergebracht in één of meerdere clusters van thema's: kennis, Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) en Veilig Incidenten Melden (VIM), veiligheidscultuur en rol en positie van de psychiater.
Het interview is getest door een pilot bij één van de leden van de CKZ. Dit heeft geen aanleiding gegeven tot aanpassing.
Het interview was semigestructureerd: de interviewers namen alle vragen door, maar hadden de vrijheid op bepaalde onderwerpen toelichting te geven of dieper in te gaan. De rol van de interviewer was primair faciliterend naar de geïnterviewde.
Alle interviews werden met toestemming van de geïnterviewden opgenomen. Op basis van de opname en eigen aantekeningen maakten de projectmedewerkers van elk interview een verslag (transcript). Dit verslag is vervolgens aan de geïnterviewden voorgelegd. In een aantal gevallen heeft dit aanleiding gegeven tot (in het algemeen kleine) wijzigingen of aanvullingen.
De resultaten uit de interviews zijn anoniem verwerkt.
Het verslag is opgesteld door de projectleider en de projectmedewerker en is voorgelegd aan de CKZ, de stuurgroep patiëntveiligheid van GGZ Nederland, de beleidsmedewerker patiëntveiligheid van GGZ Nederland en aan de geïnterviewden die hadden aangegeven het concept te willen inzien. De definitieve versie van het verslag is vastgesteld door de projectleider en de projectmedewerker.
Voor het totale project was een periode van vier maanden beschikbaar.

3. Data en analyse

3.1. Dataopslag

Ter bescherming van de privacygegevens is gebruik gemaakt van een beveiligde externe harde schijf. Deze was alleen toegankelijk voor de projectleider en de projectmedewerker. Het bronbestand, het transcript (de uitgeschreven interviews) en de bewerkte bestanden werden in een back-up opgeslagen bij de onderzoekers. De opgenomen interviews zijn vernietigd op het moment dat de geïnterviewde akkoord gaf aan de vorm en de inhoud van het transcript.

3.2. Data-analyse

In de analyses van de uitgeschreven interviews is gebruik gemaakt van zowel inductieve als deductieve methodieken. Zoals beschreven zijn vooraf de clusters van thema's geïdentificeerd: kennis, VMS en VIM, veiligheidscultuur, rol en positie psychiater, en deelvragen geformuleerd. Per cluster is een analyse gemaakt, zowel kwantitatief als kwalitatief.
Voordat begonnen werd met deze analyse is bekeken welke data relevant zijn om te analyseren en hoe deze zich tot elkaar verhouden. Daarbij zijn (sub) thema's onder de clusters ontstaan op basis van de antwoorden van de respondenten. Deze thema's zijn gekwantificeerd om een aanvullend inzicht te krijgen van het aantal keer dat een thema werd genoemd en de onderliggende verhoudingen tussen de thema's zijn in de rapportage met elkaar in verband gebracht.

4. Resultaten

4.1. Populatie en respons

Er zijn zeventien instellingen benaderd, waarvan er vijftien hebben deelgenomen aan het onderzoeksproject. Eén instelling zag af van deelname, bij een andere bleek het plannen van interviews uiteindelijk niet mogelijk.
Van de instellingen waren er elf geïntegreerde GGZ-instellingen, waaronder vier pilot-instellingen van het programma 'Veilige zorg, ieders zorg'. De overige instellingen bestonden uit een psychiatrische afdeling bij een academisch ziekenhuis, een instelling voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie, een forensische instelling en een instelling voor verslavingszorg.
In totaal zijn vijftig personen geïnterviewd. Van hen waren twintig psychiater, zeventien geneesheer-directeur of directeur zorg (voor het merendeel zelf ook werkzaam in de directie patiëntenzorg), zes verpleegkundigen en de overige zeven manager of kwaliteitsfunctionaris. In vijf instellingen werden de vier interviews gerealiseerd zoals gepland (2 psychiaters, 1 geneesheer-directeur of directeur zorg en 1 verpleegkundige of manager). In de overige gevallen werden zes keer drie personen geïnterviewd, één keer zes personen (onder wie één psychiater) en in drie gevallen twee personen.
Redenen hiervoor waren met name keuzes van de instelling (niet in staat dan wel bereid meer personen in te zetten) en min of meer toevallige omstandigheden (zoals ziekte van te interviewen persoon).
De sterke kant van dit onderzoek is de opzet als semigestructureerd interview. Dit betekent dat, meer dan bij schriftelijke vragenlijsten, er de mogelijkheid was de eigen mening van de geïnterviewde goed naar voren te krijgen, bijvoorbeeld door de mogelijkheid van doorvragen of het geven van uitleg of voorbeelden. Antwoorden waren op deze manier niet voorgeprogrammeerd. Zonder uitzondering gaven geïnterviewden aan dat zij het goed vonden dat het onderwerp patiëntveiligheid op deze manier in de aandacht kwam. Dit komt ook terug in de hoge gerealiseerde respons, in een zeer korte tijdsperiode.
De beschikbare tijdsperiode was tevens de grootste beperking van het onderzoek. De interviews moesten onder hoge druk gepland worden. De onderzoekers waren daarin afhankelijk van keuzes door de betreffende instellingen gemaakt. Hoewel waarschijnlijk niet van een representatieve groep gesproken kan worden, is wel zoveel mogelijk diversiteit nagestreefd. Wat betreft geografische spreiding is dit zeker gelukt. Desondanks kan er een vertekening zijn opgetreden doordat de instellingen zelf keuzes maakten wie zij lieten interviewen.
Er kan niet gesteld worden dat de steekproef in dit onderzoek representatief is. Daartoe is de steekproef te weinig aselect en zijn mogelijk de variabelen te verschillend. Wel zijn de onderzoekers van mening dat, zeker gezien de spreiding aangebracht onder GGZ instellingen in Nederland, getracht is een goede verdeling te creëren. Vanuit de gegenereerde conclusies manifesteren zich een aantal gemeenschappelijke beelden, op basis waarvan de uitkomsten van dit onderzoek op de alle geïntegreerde GGZ instellingen van toepassing verklaard kunnen worden. Deze uitkomsten gelden ook voor de bezochte gespecialiseerde instellingen, maar mogen niet representatief genoemd worden voor vergelijkbare specialismen in Nederland.
In vergelijking tot de oorspronkelijke opzet is het aandeel van de psychiaters iets kleiner en dat van de (geneesheer-) directeuren wat groter.
Uiteraard is ook een beperking van het onderzoek dat het zich alleen heeft gericht op psychiaters in dienstverband, en niet op vrijgevestigde psychiaters.

4.2. Kennis van Patiëntveiligheid

4.2.1. Definitie patiëntveiligheid

Het begrip patiëntveiligheid lijkt een begrip te zijn dat bij de respondenten veel oproept, omdat het integraal alle aspecten van de zorg betreft en een soort containerbegrip is, waarbij je niet weet waar je moet beginnen. In het begrippenkader Patiëntveiligheidsprogramma GGZ staat patiëntveiligheid omschreven als het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk/psychisch), die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem. Schade is in deze een nadeel voor de patiënt, dat door zijn ernst leidt tot verlenging of verzwaring van de behandeling, tijdelijk of blijvend lichamelijk, psychisch of sociaal functieverlies, of tot overlijden. Bij een ontrafeling van de definitie van patiëntveiligheid gaat het over het ontbreken van de kans op schade door niet professioneel handelen of falen van het zorgsysteem.

De geïnterviewden leggen over het algemeen de parallel tussen patiëntveiligheid en het leveren van goede zorg met een hoge kwaliteit. Zij sommen dan ook veel elementen in het zorgproces op die goed moeten lopen om tot een effectieve behandeling te komen. Het item 'schade voor de patiënt' wordt relatief weinig benoemd. Een goed werkend VMS en een cultuur van transparantie en samenwerking zijn de middelen om onvolkomenheden (incidenten en calamiteiten) naar boven te halen en te verbeteren. Eén van de respondenten: 'Patiëntveiligheid lijkt een nieuw thema te zijn. Er waren al veel thema's die hieronder vielen. Feitelijk gaat het om het leveren van goede zorg. Het verschil is dat er in het verleden thema's waren waar men meer reactief mee om ging. Nu gaat men hier veel meer proactief mee om. Meer gericht op de wijze waarop risico's en eventuele schade voor patiënten hun omgeving en medewerkers voorkomen kunnen worden'.
In de antwoorden worden het voorkomen van agressie en suïcide vaak genoemd. Patiëntveiligheid gaat over vermijdbare schade in de zorg. Incidentele voorvallen met een hoge maatschappelijke impact staan sterk onder de aandacht van de politiek en de inspectie. Dit legt druk op instellingen die door de hulpverleners wordt gevoeld.
Al met al laten de antwoorden zien dat men nog druk doende is het VMS en de veiligheidscultuur te optimaliseren ofwel een kwalitatieve ondergrens van goede zorg aan te brengen. De speerpunten van 'Veilige zorg, ieders zorg' worden herkend maar lang niet altijd spontaan genoemd. Deze thema's worden uitgewerkt in richtlijnen, protocollen, checklists, audits, overlegstructuren en gedragsregels. Naast de systeemkant vinden respondenten de beweging om medewerkers risicobewust en proactief te maken belangrijk.
Het beheersen van risico's in de GGZ is ook lastig. Voortgang in een behandeling bereik je niet zonder het nemen van 'calculated risks', aldus de mening van de geïnterviewden.

4.2.2. Veiligheidsrisico's in de GGZ

Een inventarisatie van de grootste veiligheidsrisico's die patiënten lopen in de GGZ geeft, na ordening op frequentie van benoeming door respondenten, het volgende beeld.

- *Middelenmisbruik*

In alle groepen respondenten (psychiaters, geneesheer directeuren, managers en verpleegkundigen) komt middelenmisbruik als meest genoemde veiligheidsrisico binnen de GGZ naar voren. Dit betreft zowel drugsgebruik, als misbruik en/of afhankelijkheid van medicijnen. Men neemt vaak onnodige of gecontra-indiceerde medicatie in, die buiten het zicht van de behandelaar wordt betrokken. Drugsgebruik bij een psychiatrisch patiënt maken diagnostiek en behandeling moeilijk. Daarnaast is de therapietrouw en geloofwaardigheid van de patiënt een belemmering voor een goed behandelcontact. In de omgeving van de patiënt wordt tevens gevaar veroorzaakt vanwege het ontstaan van een drugs- en dealerscene.
Het zicht krijgen op en het beheersbaar maken van middelenmisbruik wordt als lastig ervaren.

- *Medicatie(on)veiligheid*

Dit speerpunt in het patiëntveiligheidsprogramma GGZ heeft tot doel een GGZ versie van de CMR (Centraal Medicatiefouten Registratie) te implementeren waardoor het VIM-systeem en de CMR met elkaar kunnen communiceren rondom fouten. Daarnaast moet het invoeren van de richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens' het foutpercentage op de overdrachtsmomenten van de zorg verbeteren.
Respondenten zijn weinig of niet tevreden over de huidige situatie, ondanks dat het IGZ-rapport 'Medicatieveiligheid in de klinische GGZ en verslavingszorg' (april 2013) laat zien dat de GGZ duidelijk verbeterd is op genoemde punten. De kritiek van de respondenten richt zich sterk op de EPD systemen, die vaak geen actuele medicatie-overzichten kunnen leveren, zeker niet in de ambulante situatie van de patiënt. Aldaar moet men vaak afgaan op gegevensverstrekking door patiënt zelf. De betrouwbaarheid hiervan is twijfelachtig.

- *Agressie*

Agressie blijft een risico in de psychiatrie; in een klinische setting vaak als onderdeel van de stoornis, maar ook onder invloed van middelengebruik; ambulant vaak naar derden gericht. Respondenten hebben in dit verband een aantal kritische beschouwingen gegeven over de systeemfouten die wij maken in het veroorzaken van agressie. In dit verband zijn het ontbreken van eenduidigheid in begeleiding en attitude en onvoldoende fysieke aanwezigheid van verpleegkundigen voor patiënten, bijvoorbeeld tijdens 'kantoormomenten', als triggers genoemd.

- *Continuïteit in behandeling*

Onder dit risico element manifesteren zich een aantal thema's die met elkaar in verband gebracht kunnen worden te vatten onder:

a) Communicatie op overdrachtsmomenten
Naast de medicatiefouten op overdrachtsmomenten zijn de veiligheidsrisico's op de breekpunten van de zorg een belangrijk punt bij de respondenten. Daarbij gaat het vooral om het weglekken of ontbreken van informatie die vervolgens een risicofactor vormt voor de continuïteit van de behandeling.
Respondenten scoren op dit thema vanuit verschillende perspectieven:

- risico's bij patiënten die parallelle behandelingen afnemen al of niet bij meerdere organisaties. Communicatie is dan een probleem. Wie doet wat, weten we van elkaar wat we doen?
- risico's door versnippering en soms ook specialisatie van de zorg. Segmentering in de diverse zorgvormen geeft risico's op de breekpunten. Daar waar ketenzorg geregeld lijkt te zijn, gaat het toch vaak mis in de communicatie. Daarbij worden ook klinische opnames als risicomomenten beschreven. Ook het niet op elkaar aansluiten van behandeling en zorg is een probleem. Vooral het niet slagen van doorplaatsingen vanuit academische ziekenhuizen naar reguliere GGZ, maar ook vanuit de forensische psychiatrie vormen een risico. Tevens lijkt dit van toepassing op het veld van jeugdpsychiatrie en jeugdzorg.

Ook somatische comorbiditeit scoort een aantal malen in dit verband. Verbeteringen zijn benoemd rondom de somatische screening binnen de GGZ en de samenwerking met algemene ziekenhuizen. Een pleidooi is gehouden voor een expert huisarts voor de GGZ vanuit de constatering dat de screeningslijst cardiovasculaire en metabole risico's niet geschikt zou zijn voor een psychiatrische populatie.
Men vindt dat in de basis 'goed hulpverlenersgedrag' vanuit een proactieve houding hierin veel kan voorkomen. Je verantwoordelijk blijven voelen voor de patiënt en daaruit een check op het resultaat bij overdracht.

b) Beddenreductie en ambulantisering
Psychiaters benoemen dat het ingezette traject van extramuralisering en de daarmee gepaard gaande beddenreductie feitelijk een toename van de risico's laat zien. We spreken dan over verkeerde bed-problematiek, het niet kunnen plaatsen van patiënten in crisis en wachtlijstproblematiek. De patiënt valt tussen het wal en het schip, moet wachten op de juiste behandeling of krijgt bijvoorbeeld een tijdelijk bed op een niet passende plek toegewezen. Tevens zijn een aantal respondenten van mening dat, met het verloren gaan van de bedden, de ambulante GGZ nog onvoldoende is geoutilleerd om sommige patiënten de juiste hulp te bieden.

- *Suïcidepreventie*

Sinds een aantal jaren voert GGZ Nederland het project suïcidepreventie uit. Dit project leverde onder andere een ketenprotocol, een multidisciplinaire richtlijn en een patiëntenfolder op. Psychiaters hebben aangegeven de taxatie nog steeds een risico te vinden. In paragraaf 4.2.5 is hier een beschrijving van te vinden.

Naast deze risico's hebben respondenten incidenteel nog de volgende veiligheidsrisico's benoemd: seksuele intimidatie, relatievorming tussen patiënten en tussen patiënten en medewerker, valgevaar, kindermishandeling, de invloed van het systeem van de patiënt, de machtsongelijkheid van de patiënten en het volumetekort aan psychiaters. Opgemerkt kan worden dat sommige thema's (zoals agressie als gevolg van middelenmisbruik) wel zijn opgenomen in de speerpunten van 'Veilige zorg, ieders zorg'.

4.2.3. VIM

Een incident is een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) zou kunnen leiden.
Incidenten en meldingen worden pas optimaal gedoneerd wanneer het melden ervan veilig kan plaatsvinden. Het werkt bevorderend als de registratie, behandeling, afhandeling en rapportage van incidenten kortcyclisch gebeurt en er systematisering plaatsvindt volgens de Plan Do Check Act cyclus van Deming (PDCA).

Het Veilig Incident Meldingssysteem (VIM) is bedoeld om (snel) zicht te krijgen op het hoe en waarom van de ongewenste gebeurtenissen in het zorgproces. Daarbij staat niet de vergissing van een persoon centraal maar de condities waaronder mensen werken en de wijze waarop de zorg is georganiseerd. Deze benadering staat bekent als "blamefree", het voorkomt het aan een persoon toeschrijven van een ongewenste uitkomst. Vanuit de IGZ is in april 2013 geconstateerd dat nagenoeg alle GGZ instellingen beschikken over een volledig operationeel systeem voor Veilig Incidenten Melden (VIM-systeem).
Alle voor dit project bezochte instellingen bleken te beschikken over een VIM systeem, overigens van verschillende softwareleveranciers. Binnen de instellingen blijft het een zoektocht om de PDCA-cyclus rond te krijgen. De verbeterslag blijft lastig. De onderzoekers constateren dat elke GGZ instelling manieren zoekt om incidenten te melden, te analyseren, bespreekbaar te maken en te vertalen naar verbeteringen in de praktijk. Grofweg zien we een trend om structuren aan te brengen die de cyclus zo laag mogelijk in de organisatie neerlegt. Een directe interactie tussen melder en leidinggevende, als verantwoordelijke voor veiligheid, acht men gewenst. Bundeling van incidenten zou daarin mogelijk moeten zijn om op deze wijze een oorzakelijke analyse en een beleidsverbetering te bewerkstelligen. Een aantal respondenten heeft het voornemen geuit om de centrale incidentmeldingscommissie af te schaffen.

Respondenten zijn bevraagd op de volgende onderwerpen:

- *Definitie incident*

Bijna de helft van de respondenten definieert een incident als een onbedoelde gebeurtenis die afwijkt van het zorgproces. Ook hier is het aspect (potentiële) schade voor de patiënt weinig (door vijftien procent) genoemd. Opvallend is dat de meeste respondenten van mening zijn dat een incident moeilijk te definiëren is. Het beoordelen of een gebeurtenis als incident moet worden aangemerkt en als zodanig ook gemeld moet worden is een subjectieve beleving van de hulpverlener. Variabelen die een rol spelen in deze beoordeling zijn de zorgsoort, de doelgroep en de werkervaring. Vanuit dit definitiedilemma hebben een aantal organisaties (twintig procent van de bezochte instellingen) ervoor gekozen medewerkers zelf te laten bepalen of een gebeurtenis een incident is en derhalve meldenswaardig genoemd mag worden. Dit betekent dat er zowel over- als onderrapportage kan ontstaan, en ook dat instellingen niet zonder meer vergelijkbaar zijn met betrekking tot aantallen en aard van de gemelde incidenten.

- *Ernstige incidenten*

Zestig procent van de geïnterviewden heeft weleens een ernstig incident meegemaakt. Daarbij werd benoemd: agressie, forse dreiging, automutilatie, mishandeling, brand, doorverwijzingsproblemen bij somatische problematiek, seksuele laster en ook suïcide (elf procent van de genoemde incidenten). Het lastige in de definitie van een incident is dat veel zaken als onbedoelde gebeurtenis gerangschikt kunnen worden. Suïcides worden bijvoorbeeld door de één als incident benoemd, terwijl een ander dit een complicatie acht.

- *Melden door psychiaters*

Meer dan zestig procent van de psychiaters geeft aan incidenten te melden. Hierbij moet de kanttekening gemaakt worden dat zij dit meestal delegeren aan andere disciplines. Psychiaters melden doorgaans alleen zelf bij ernstige incidenten.

- *Belemmeringen in meldingsgedrag*

Bovengenoemd definitie vraagstuk (wanneer is iets een incident?) roept bij meer dan een kwart van de respondenten zoveel twijfel op dat men dit als een belemmering tot melding ervaart. Andere belangrijke belemmeringen zijn:

- het ontbreken van de tijd (twintig procent); psychiateruren zijn schaars en de productiedruk neemt toe;
- men ziet geen resultaat van de melding (twintig procent); de PDCA-cyclus is niet rond;
- opvattingen over professionele autonomie (veertien procent): psychiaters moeten vaak bij een incident zelf oplossingen aandragen. Het reflecteren op meldingswaardigheid is geen 'gewoon goed' bij psychiaters; je laat anderen in je keuken meekijken, terwijl je het toch zelf moet oplossen.

- *Veilig melden*

Bijna negentig procent van de respondenten is van mening dat zij binnen hun organisatie veilig kunnen melden. Zestien procent van hen constateert wel dat wanneer de verbetercyclus niet rond is veilig melden een issue kan zijn. Instellingen hebben blijkbaar geïnvesteerd in het neerzetten van een cultuur waarin open kan worden gesproken over (bijna) incidenten. De vooronderstelling in de probleemstelling van dit onderzoek 'Men heeft niet geleerd en is niet gewend open te zijn over fouten en laat zich niet makkelijk aanspreken, vooral niet door personen lager in de hiërarchie' is zeker niet meer overal van toepassing. Psychiaters reageren blijkbaar positief op de VIM systemen en de wijze waarop de organisatie een 'blamefree' cultuur vorm geeft. Toch blijkt dit nog niet overal gemeengoed.
De respondenten vinden dat de geneesheer-directeur of directeur zorg een cruciale rol heeft in het neerzetten van een veilige cultuur. Niet in de rol van controleur en monitor, maar als de persoon die helpt om te bespreken, te analyseren en te verbeteren. De geneesheer-directeur heeft ook een rol om op consultatiebasis vooraf mee te kijken naar te verwachten risico's en onderling zaken te bespreken in organen als psychiaterberaad of medische staf.

4.2.4. Fouten

Een fout is het niet uitvoeren van een geplande actie (fout in de uitvoering) of het toepassen van een verkeerd plan om het doel te bereiken (fout in de planning). De respondenten geven aan dat fouten die zij maken vooral in de sfeer van de 'skillbased errors' liggen, ofwel fouten die zijn ontstaan door onzorgvuldigheid, slordigheid, haast en dergelijke. De voorgenomen handeling is in zijn aard juist, maar een kritisch deel ervan is foutief uitgevoerd. Het soort fouten dat men noemt zijn voornamelijk doseringsfouten bij medicatie, bijvoorbeeld bij af- en opbouwschema's. Zodra een fout bij een psychiater bekend is lijkt er weinig schroom te zijn om dit met patiënt, familie, ander hulpverleners en leidinggevende te bespreken. Dit vooral ingegeven door het feit dat betreffende psychiater ook degene is die de fout moet corrigeren.
Net als bij incidentmeldingen lijkt ook hier het effect van een meer open bespreekcultuur binnen organisaties waarneembaar en zijn psychiaters meer bereid zich kwetsbaar op te stellen daar waar het fouten betreft.
Geconstateerd wordt dat zodra sprake is van een setting waarin de patiënt sterk multidisciplinair onderwerp van bespreking is, zoals een psychiatrische afdeling van een academisch ziekenhuis, het aantal fouten afneemt en risico's en bijna fouten sneller aan het licht komen. Waarschijnlijk heeft dit meer te maken met de korte communicatielijnen dan met de academische setting.
Ander interessant gegeven is dat de aanwezigheid van een opleiding in een GGZ instelling de uitwisseling en dus ook de intercollegiale raadgeving en toetsing stimuleert. Je leert en je mag je meer kwetsbaar opstellen.

4.2.5. Suïcide

Sinds mei 2011 is een GGZ instelling niet meer verplicht iedere suïcide of suïcidepoging met ernstig letsel op casusniveau aan de inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) te melden. De inspectie maakt onderscheid tussen suïcides en suïcidepogingen met ernstig letsel die GGZ instellingen op casusniveau moeten (blijven) melden en algemene overzichtsinformatie die de GGZ instellingen op instellingsniveau periodiek aanleveren bij de IGZ.
Veertig procent van de bevraagde psychiaters is op hun huidige werkplek direct vanuit hun rol als behandelaar bij een suïcide betrokken geweest. Bijna alle respondenten zijn erg tevreden over de wijze waarop hun organisaties omgaan met suïcides en suïcidepogingen. Ook hier zien we dat deze tevredenheid voornamelijk is veroorzaakt door de meer open bespreekcultuur. De rol van de geneesheer-directeur is wederom een belangrijke en toonzettend wat betreft het proces van afwikkeling en evaluatie. Het met elkaar analyseren en documenteren van het proces is gemeengoed in de instellingen en verworven informatie dient ter verbetering van het beleid. Daarmee is op dit terrein de cyclus gecompleteerd. In de weinige gevallen dat afwikkeling en evaluatie niet goed verlopen zijn blijkt nog sprake van een beleefde 'blamecultuur'.
De meeste organisaties beschikken over suïcideprotocollen en gebruiken het format melding suïcide of suïcidepoging met ernstig letsel van de IGZ voor de eigen rapportage. Het al dan niet melden bij de IGZ is soms wel een dilemma.

4.2.6. Risicotaxatie

Op verzoek van de stuurgroep 'Veilige zorg, ieders zorg' is in dit onderzoek het thema risicotaxatie op patiënten niveau meegenomen. In beeld is gebracht hoe psychiaters staan ten opzichte van standaard risicotaxaties, wat voor- en nadelen hiervan zijn en welk instrumentarium al in gebruik is. De onderzoekers doen geen uitspraken over de validiteit of de effectiviteit van de genoemde instrumenten.
Van de vijftien instellingen die deelnamen waren er vier die niet of nauwelijks gebruik maakten van taxatie-instrumenten. Daarbij moet opgemerkt worden dat deze instellingen wel richtlijnen en/of protocollen hadden op het gebied van suïcide(preventie) en/of agressie en soms gebruik maakten van signaleringplannen opgesteld door verpleegkundigen. De geïnterviewden vanuit deze vier instellingen bleken ook weinig geporteerd te zijn van taxatie instrumenten en waren tevreden over de klinische taxatie vanuit hun professie als psychiater. Argumenten om geen instrumenten te gebruiken waren:

- het geeft schijnveiligheid en kan slechts voorspellen op populatieniveau;
- je schiet je doel voorbij wanneer je veel instrumenten inzet;
- er is geen instrument dat mijn klinisch oordeel kan vervangen.

Wel waren alle respondenten van mening dat je risico's binnen je diagnostische overwegingen goed moet documenteren. Het gebruik van signaleringsplannen is gemeengoed bij alle instellingen.
De geïnterviewden uit de overige elf instellingen zijn over het algemeen voorstander van het gebruik van taxatie instrumenten. Door de toenemende complexiteit van de zorg en het kunnen nemen en verantwoorden van calculated risks is het voorspellen van de kans op een risico belangrijker aan het worden. De rode draad in de meningen van de respondenten laat zien dat risicotaxatie ingezet kan worden als:

- ondersteuning en objectivering van het klinisch oordeel;
- verantwoording (documentatie) voor een behandelbesluit.

Daarmee worden door psychiaters taxatie- instrumenten niet geïdealiseerd of als absoluut feitelijke voorspellers gezien. Integendeel: het is het staven van wat we zien bij de patiënt, maar ook wat we mogelijk niet hebben gezien. De patiënt erbij betrekken lijkt een logische stap in deze. Daarnaast bleek een belangrijk neveneffect dat het gebruik van instrumentarium een gezamenlijke taal en communicatie kan geven in multidisciplinair verband. En dat laatste is ook het geval: risicotaxatie is niet alleen een zaak van de psychiater, maar van alle hulpverleners rondom de patiënt, zo wordt gesteld.

In de praktijk zien we op dit moment de volgende specifieke taxatie instrumenten:

- Suïcidaliteit: toegepast in alle instellingen via richtlijnen, protocollen, checklists bij intake, CASE interview en soms als apart tabblad in het EPD.
- Agressie: in weinig instellingen toegepast. Bewust, omdat men de voorspellende waarde gering acht. Een aantal instellingen maakt gebruik van de Broset Violance Checklist (BVC).
- Delict: in forensische psychiatrie zijn een aantal instrumenten gemeen goed zoals de RAF GGZ, de HKT-30. Een nieuw instrument, de RIVJU, wordt momenteel als pilot getest.
- Somatische comorbiditeit: screeningslijst.
- Valgevaar: valscan.

Daarnaast gebruikt men instrumentarium om een stand van zaken op te maken rondom het behandel- en zorgproces in verschillende fasen, waarbij we moeten denken aan:

- de crisismonitor
- de MATE: zorgzwaartescore bij intake
- de START: Short Term Assessment of Risk and Treatability
- een integrale EPD structuur met een checklist die op drie momenten in de behandeling de behandelaar een aantal onderwerpen laat scoren:
  a. Schade aan de patiënt zelf (zoals suïcidaliteit)
  b. Schade aan de ander (zoals agressie)
  c. Risico's die klinisch van belang zijn (mate van zelfredzaamheid, valrisico's, brandstichting)

Er zijn nauwelijks instellingen die standaard risicotaxatie-instrumenten toepassen. Als ze wel gebruikt worden is dit door de doelgroep en de zorgsoort geïndiceerd. Beleid hierop vanuit de instelling is meestal niet aan de orde, en evenmin vanuit de bevindingen met de instrumenten.
Ook de multidisciplinaire dialoog wordt als taxatie-instrument genoemd. Risicotaxatie is niet alleen een zaak van de psychiater. Daar waar een behandelbesluit moet plaatsvinden is voeding van andere disciplines en ondersteuning door gegevens uit taxatie instrumenten noodzakelijk. Psychiaters zijn van mening dat taxatie integraal zou moeten zijn.
Een opsomming van de taxatiethema's laat de volgende zien: psychiatrische diagnose (incl. persoonlijkheidspr oblematiek),suïcidaliteit, (voorgeschiedenis van) agressie, somatische comorbiditeit, middelengebruik, systeem, sociaal maatschappelijke inbedding, financiën, wonen en daginvulling.

5. Veiligheidscultuur

5.1. 'Veilige zorg, ieders zorg', GGZ Nederland

Aan de respondenten is gevraagd of zij bekend waren met 'Veilige zorg, ieders zorg', het landelijke patiëntveiligheidsprogramma GGZ. Indien men bekend was met het programma werd vervolgens stil gestaan bij het belang en het gebruik van de website en de handreikingen en de bijenkomsten die georganiseerd zijn. Met name onder de psychiaters bleek 'Veilige zorg, ieders zorg' niet bekend, slechts twee van de twintig kenden het programma. Ongeveer de helft van de geneesheer-directeuren was bekend met het programma, evenals de helft van de managers en twee van de zes verpleegkundigen. Daarmee was in totaal 34% van de onderzoeksgroep bekend met 'Veilige zorg, ieders zorg'. Van hen maakte tweederde actief gebruik van website, handreikingen of bijeenkomsten. Dit betrof in alle gevallen geneesheer directeuren of managers. Geen enkele psychiater maakte gebruik van de gegevens van het programma.
Er is door de onderzoekers bekeken of er verschillen zijn tussen de pilotinstellingen die opgenomen zijn in het onderzoek en de andere instellingen. De bekendheid met 'Veilige zorg, ieders zorg' bleek bij de pilot-instellingen iets hoger, ongeveer de helft. Het actief volgen en het gebruiken van de gegevens gold voor een vijfde van de respondenten in de pilot-instellingen en is daarmee praktisch identiek aan het totale gebruik in alle bezochte instellingen.
Gegeven de beperking van deze kleine steekproef zou geconcludeerd kunnen worden dat bekendheid, verspreiding en gebruik van 'Veilige zorg, ieders zorg' moeilijk haar weg weet te vinden en de pilot-instellingen hierin geen voortrekkers zijn. Degenen die het programma kennen geven aan er enthousiast over te zijn, en ook geven een aantal respondenten die niet op de hoogte zijn aan dat zij het jammer vinden dat zij het programma en de website niet kennen. Blijkbaar gaat het om goede producten die echter onvoldoende afzet vinden.

5.2. Visie op veiligheid

Van belang is dat er binnen een organisatie een visie op veiligheid is geformuleerd die ook haar weg in de praktijk zal vinden. De wijze waarop een instelling de visie en de cultuurwaarden weet in te voeren en medewerkers dit in hun gedrag laten zien is door de onderzoekers bevraagd.
Los van de inhoud van de visie is 64 % van de respondenten van mening dat hun instelling een visie op veiligheid heeft geformuleerd. 18 % zegt van niet en ook 18 % weet niet of er een visie bestaat. De percentages van psychiaters, geneesheer-directeuren en managers lopen niet erg uiteen (respectievelijk 60 %, 76 % en 71 %). Verpleegkundigen zijn het minst op de hoogte van een eventuele visie (33 %). In relatie tot het vorige onderwerp zien we hier dat de eigen instellingsvisie blijkbaar een betere verspreiding kent. De pilot-instellingen scoren beter dan het gemiddelde: 86 % van de ondervraagden zijn van mening dat de instelling een visie op veiligheid heeft.

In de wijze waarop instellingen een veiligheidscultuur in hun organisatie ingevoerd hebben of van plan zijn te implementeren zijn, op basis van de interviews, een aantal tendensen te onderscheiden:

a. Patiëntveiligheid is een verantwoordelijkheid van iedere medewerker en iedere medewerker dient zich derhalve bewust te zijn van mogelijke risico's.
b. Leidinggevenden en sleutelfunctionarissen moeten worden ingezet om deze bewustzijnscultuur te 'kweken'.

In de uitvoering treffen we grote verschillen, waarbij genoemd moet worden dat de ambitie waarin elke medewerker risicobewustzijn en daarbij passend gedrag laat zien nog een lange weg te gaan is. Instellingen bevinden zich in verschillende fasen van ontwikkeling. Wel zijn de volgende suggesties van invoeringsstrategieën te onderscheiden:

- Plaats het onderwerp voortdurend thematisch op de agenda en wel zo diep mogelijk in de organisatie. Thema's in deze zijn genoemde speerpunten van 'Veilige zorg, goede zorg'. Het lijkt niet handig om het thema patiëntveiligheid integraal met elkaar te bespreken. Vooral psychiaters zijn sneller geïnteresseerd in een vakgericht thema vanuit de speerpunten van Veilige zorg, ieders zorg. Daarnaast lijkt het effectief om de thema's een projectmatig karakter te geven.
- Set van cultuurwaarden. Een aantal instellingen stelt eisen aan de wijze waarop hun medewerkers zich gedragen.

- Communicatie. Voortdurende berichtgeving, mondeling en via interne media rondom verwachtingen en resultaten van projecten.
- Leidinggevenden in alle echelons de verantwoording geven over het niveau van patiëntveiligheid.
- Verder is in instellingen ingezet op een divers palet aan middelen als veiligheidsfunctionarissen, audits, verbeterregisters, cultuurmeting in teams en vervolgens verbetertrajecten formuleren, leefstijl-trainingen en een score kaart voor veiligheid analoog aan de BSC (Balance Score Card) systematiek.

5.3. Bijdrage en rol psychiater

De meest intrigerende vraag van dit onderzoek was wat psychiaters zelf kunnen bijdragen aan patiëntveiligheid. Een van de geïnterviewden typeerde deze bijdrage als volgt: ' de psychiater moet op metaniveau (vanuit de patiënt en de inhoud en niet als leidinggevende) naar de patiënt en het proces kijken, waarin hij verbinding legt vanuit zijn kennis en kunde tussen stoornis, gedrag en interactie en hierin een pedagogische procesrol neemt naar andere disciplines. Doel is causaliteit in het behandelproces te identificeren en met elkaar de juiste interventies af te spreken'.
In andere bewoordingen was bij de meeste geïnterviewden deze rol en bijdrage waarneembaar:
'De psychiater heeft helikopterview op het behandelproces. Deze rol betekent het team meenemen in het denkproces over de patiënt. Mijn werkstijl is samen het behandelproces te nemen en diverse kennis te delen'
'Teams aansturen dat ze zich bewust zijn van risicofactoren. Bejegening, zorgen dat diagnostiek rond komt, dat het een vertaling heeft voor medewerkers'
'Vanuit de rol van hoofdbehandelaar coach en educator van het team zijn. Waar loopt een patiënt vast, waar loopt een team vast. Op deze wijze ben je aanjager voor (cultuur) verandering en verspreid je kennis over ziektebeeld, medicatie, risico's etc.'.

Al met al staan deze citaten symbool voor hoe psychiaters hun rol zien in multidisciplinair verband. Opgemerkt daarin moet worden dat de psychiaters van mening zijn dat niet alleen zij verantwoordelijk gemaakt moeten worden voor patiëntveiligheid. Het is een samenspel waarin elke discipline haar eigen domein moet houden en aldaar de patiëntveiligheid vorm geven en bewaken. Eén van de geïnterviewde verpleegkundigen formuleerde dit treffend: 'In de samenwerking is de rol van de psychiater die van medicus die diagnostiek en behandeling uitzet. Daarin kan en mag hij geen regie nemen over de specifieke vakuitoefening van de verpleegkundige teams. Zij dienen in het kader van de diagnostiek en op aansturing van de hoofdbehandelaar/psychiater en het behandeldoel hun verpleegkundige interventies te formuleren, die vervolgens antwoord geven op het behandeldoel'. Feitelijk zien we ook hier de wens van een open aanspreekcultuur, waarin je het kunt hebben over veiligheid en risico's. Juist de psychiater dient in deze cultuur te laten zien dat je fouten kunt en mag maken en er korte lijnen zijn om dit met elkaar te bespreken. In een dergelijke sfeer streef je gezamenlijk naar een optimale patiëntveiligheid.

Bovengeschetste bijdrage van de psychiater is geen feitelijke situatie. De geïnterviewden ervaren behoorlijke belemmeringen om de wenselijke rol te pakken. Grosso modo zijn de volgende beperkingen aangekaart:
- het werken in een feedback cultuur is psychiaters vaak niet eigen;
- psychiaters zijn vaak niet geschoold in het sturen van (team)processen;
- psychiaters worden steeds meer ingezogen in de waan van de dag, de caseload, de zorglogistiek, de productiedruk. Ze handelen daardoor soms snel en vanuit een korte termijn visie, veelal gebaseerd op beheersing van de symptomen van dat moment. Het ontbreekt aan de mogelijkheid om onvoldoende integraal te kunnen reflecteren op het behandelproces;
- de laatste jaren is de zorg sterk geprotocolleerd en afgebakend in zorgprogramma's en zorgpaden. Daarbij is de taak van de psychiater tot een schakel in de keten verworden wat een integrale inhoudelijke regierol vaak onmogelijk maakt;
- een dergelijke segmentering is ook merkbaar in het vinden en aansluiten bij vervolgbehandeling. Regie krijgen over continuïteit van zorg voor de patiënt op breekpunten van het behandelproces is tijdrovend, zo niet moeilijk realiseerbaar.

Gebrekkige samenwerking onder zorgverleners is een bekend en erkend probleem. De psychiatrische patiënt wordt steeds meer complex terwijl de zorg meer specialistisch en de verdeling van de taken in het zorgproces vaak meer afbakening kent. Dit maakt de verantwoordelijkheden onduidelijker en dus ook de kans

op het signaleren van risico's kleiner. Psychiaters pleiten voor een hoofdbehandelaarschap, waarin integraal inhoudelijke regie centraal staat.

De instellingen zijn bijna unaniem van mening dat psychiaters belangrijke functionarissen zijn in het neerzetten van een veiligheidscultuur. Zij hebben een voorbeeldfunctie en worden doorgaans als een autoriteit gezien op zorggebied. Als sleutelfiguur zouden zij een taak hebben in het neerzetten van een veiligheidscultuur. Eén van de geïnterviewde psychiaters verwoordde: 'Als psychiater heb je per definitie een instellingsverantwoordelijkheid. Een psychiater heeft ook een serviceverlenende rol. Je moet voorbij je eigen grenzen denken en je kunnen verplaatsen in een ander. Meewerkend voorman zijn in en voor het proces'.
Op de vraag of psychiaters binnen de organisatie een rol hebben gekregen in het neerzetten van een veiligheidscultuur en of de organisatie deze rol ook steunde manifesteerde zich een ander beeld. Slechts veertig procent van de ondervraagden was van mening dat hun instelling de psychiater een rol had gegeven en deze steunde. De onderzoekers vermoeden dat dit percentage nog geflatteerd is, want deze rol had niet altijd direct te maken met patiëntveiligheid. Sommige respondenten waren van mening dat op het moment dat de psychiater een stem had in het beleid van de instelling een dergelijke rol was toegekend. Voorbeelden hiervan waren een psychiaterberaad, intervisie en een vakgroepoverleg. De invloed van de professional in het beleid van de organisatie is overigens voor bijna iedereen een belangrijke zaak. Het uitgangspunt 'professional in the lead' staat volgens respondenten borg voor aandacht voor inhoud, kwaliteit en veiligheid. Ofschoon een aantal organisaties het duaal management in alle echelons in de organisatie een basis vinden om ook een veiligheidscultuur neer te zetten, acht men het niet persé noodzakelijk dat psychiaters leidinggevende functies bekleden. Het borgen van de inhoudelijk input in de organisatie en het van daaruit creëren van een cultuur van openheid en kwetsbaar mogen zijn, is een opdracht aan leidinggevenden. Psychiaters zijn daarin belangrijke katalysators, mits zij beschikken over de juiste vaardigheden. Een goed profiel hoofdbehandelaar, met daarin niet alleen verantwoordelijkheden maar ook bevoegdheden, zien respondenten als een middel om de veiligheidscultuur te beïnvloeden.

De psychiater in bovengeschetste rol dient te beschikken over geëigende kennis, kunde en vaardigheden. De helft van de respondenten was van mening dat zij over te weinig kennis en vaardigheden beschikken op het terrein van patiëntveiligheid. Daarin springt de vraag eruit hoe je regie kunt en moet nemen over het multidisciplinaire behandelproces teneinde een cultuur neer te zetten die open, transparant en veilig is. De psychiater is een dokter, een diagnosticus en een behandelaar en heeft meestal niet geleerd om processen, teams en andere disciplines inhoudelijk aan te sturen. De opleiding kent niet of nauwelijks modules op het gebied van leiderschap, organisatiekunde, cultuur, coaching, feedbackmechanismen, beïnvloedingstrategieën en teamdynamiek. Daar waar in de praktijk deze processen goed gaan is het doorgaans een verdienste van de persoonlijke kwaliteiten van de psychiater. In het profiel hoofdbehandelaar zouden volgens de respondenten deze vaardigheden geëist moeten worden.
De omstandigheden om deze rol goed uit te kunnen voeren kennen een aantal belemmeringen die eerder genoemd zijn. Instellingen zouden hier samen met psychiaters beleid in moeten maken.

Naast de geïntegreerde GGZ instellingen zijn een psychiatrische afdeling bij een academisch ziekenhuis, een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie, een forensische instelling en een instelling voor verslavingszorg bezocht. De bevindingen verschillen over het algemeen niet van die in de geïntegreerde GGZ instellingen. Er komen een aantal sectorspecifieke thema's aan de orde.
In de forensische psychiatrie geven respondenten aan dat ook vanuit veiligheidsoogpunt aansluiting bij de GGZ dringend gewenst is. Daarbij gaat het om wederzijdse kennisoverdracht en continuïteit in de zorg en behandeling van patiënten die wisselend aankloppen bij de GGZ (buiten detentie) en forensische psychiatrie (binnen detentie). Binnen de GGZ immers constateren sommige respondenten een toename van het aantal geweldsincidenten door patiënten die delictgevaarlijk zijn zonder dat de GGZ een juridisch kader heeft.

Binnen de academisch psychiatrische setting die bezocht is worden (procedurele) problemen en dus risico's ervaren in het doorplaatsen van de patiënt naar de reguliere GGZ voor vervolgbehandeling. Dit is ook van toepassing op de instelling voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Bij ernstige problematiek en chronische suïcidaliteit is soms de overgang naar de volwassenenpsychiatrie het moment waarop het daadwerkelijk tot suïcide komt. Vanuit de Kinder- en Jeugdpsychiatrie wordt het thema van kindermishandeling en agressie in gezinnen in het patiëntveiligheidsprogramma gemist.

Binnen de instelling voor verslavingszorg die bezocht is, is de rol van de psychiater in opkomst Risico's die ervaren worden zijn het ontbreken van een gemeenschappelijke taal met hulpverleners uit de (oorspronkelijke) welzijnssector.

6. Conclusies en aanbevelingen NVvP

Op basis van dit onderzoek kan zeker geconcludeerd worden dat het onderwerp patiëntveiligheid leeft. Nagenoeg alle instellingen reageerden direct positief op het verzoek om deel te nemen aan het onderzoek. Ook de geïnterviewden waren zonder uitzondering positief over het onderzoek en het feit dat het onderwerp patiëntveiligheid hiermee in de belangstelling werd gezet. De interviews ontwikkelden zich vaak tot boeiende en diepgaande gesprekken. Daarmee was het onderzoek op zich al een cultuurinterventie. Het onderzoek geeft niet alleen een overzicht van de opvattingen van psychiaters over patiëntveiligheid, maar tevens een beeld van de stand van zaken in instellingen.

Als eerste kan gesteld worden dat het onderwerp patiëntveiligheid in de belangstelling staat van de beroepsgroep van psychiaters. Alle respondenten vinden het van groot belang en de cultuur is duidelijk in beweging. Het is verheugend dat 90% van de respondenten aangeeft dat in hun instelling veilig melden van incidenten mogelijk is. Een meerderheid van de psychiaters spant zich in om incidenten te melden, al is dat meestal gedelegeerd. Zolang veilig melden nog niet in alle instellingen gemeengoed is, is er uiteraard nog wel werk te doen.

Uit het onderzoek blijkt dat de termen die verband houden met het thema patiëntveiligheid, zoals de definitie van patiëntveiligheid en van incidenten, diverse associaties oproepen waarvan slechts een deel dicht komt bij de gehanteerde definities. Opvallend is bijvoorbeeld dat het item "schade voor de patiënt" slechts weinig wordt benoemd. Psychiaters herkennen de speerpunten uit het programma 'Veilige zorg ieders zorg' wel, maar komen er lang niet altijd mee als ze spontaan risico's moeten benoemen. Het meest genoemde veiligheidsrisico is middelenmisbruik, wat geen op zichzelf staand thema is in "Veilige zorg ieders zorg". Uiteraard houdt middelenmisbruik wel verband met andere thema's uit het programma, zoals agressie en medicatieveiligheid.

Veel psychiaters hebben ervaringen met ernstige incidenten. Over het algemeen wordt de afwikkeling daarvan als positief beleefd. Enigszins in tegenspraak met de aandacht die uitgaat naar suïcidepreventie is het gegeven dat een meerderheid van de psychiaters nooit of weinig met een geslaagde suïcide te maken heeft gehad. Daarmee is suïcide een zeldzaam incident, met uiteraard een grote impact. In ieder geval suggereert deze lage frequentie per psychiater dat de taxatie over het algemeen goed verloopt.

Waar psychiaters zich zeker verantwoordelijk voelen voor patiëntveiligheid blijken de formele beleidslijnen niet goed te werken. Het programma 'Veilige zorg, ieders zorg', dat al loopt sinds 2008, is op de werkvloer niet bekend, en ook slechts beperkt hoger in de organisaties.
Psychiaters voelen zich verantwoordelijk voor patiëntveiligheid, maar doen dit grotendeels op eigen initiatief. Normen of standaarden binnen organisaties zijn er vaak niet, of zijn niet bekend. Het werken met risicotaxatie-instrumenten wordt door een aanzienlijk deel van de geïnterviewden als nuttig of noodzakelijk gezien, maar een standaard vanuit de instellingen ontbreekt meestal.

Psychiaters en andere geïnterviewden zien de rol van de psychiater ten aanzien van patiëntveiligheid als zeer belangrijk. Daarmee wordt met name gedacht aan het bieden van veiligheid aan anderen die bij de behandeling betrokken zijn, leiderschap en voorbeeldgedrag. Daarmee in tegenstelling hebben de meeste instellingen de psychiater hierin geen rol gegeven. Het is dus de vraag of de psychiater de (zelf ervaren) verantwoordelijkheid wel waar kan maken. In ieder geval geven de respondenten een groot aantal verschillende belemmerende factoren aan. Het is duidelijk dat de rol van de geneesheer-directeur of directeur zorg van groot belang is, met name ten aanzien van de veiligheidscultuur.

Aanbevelingen

Voor de NVvP

- Maak documenten over patiëntveiligheid makkelijk vindbaar, door het inrichten van een aparte sectie hierover op de website van de NVvP.
- Besteed aandacht aan het versterken van het leiderschap van de psychiater, bijvoorbeeld door het opnemen van een module leiderschap en samenwerken in de opleiding tot psychiater.
- Maak vanuit de handreiking risicomanagement een handreiking voor de psychiater, waarin onder andere opgenomen de rol van risicotaxatie-instrumenten en de rolverdeling met andere disciplines.
- Neem thema's ten aanzien van patiëntveiligheid mee in kwaliteitsvisitaties.
- Besteed regelmatig aandacht aan het onderwerp patiëntveiligheid in tijdschrift "De Psychiater".
- Organiseer een training voor geneesheer-directeuren ten aanzien van patiëntveiligheid en veiligheidscultuur.
- Neem in richtlijnen een sectie over patiëntveiligheid op.

Voor de kwaliteitsagenda van het Bestuurlijk Akkoord:

- Maak samen met NIP en V&VN een document waarin de terminologie eenduidig wordt vastgesteld en uitgelegd, en zorg voor verspreiding onder de beroepsgroep.
- Formuleer als beroepsverenigingen een standpunt over hoe instellingen de rol van de psychiater, psycholoog en verpleegkundige ten aanzien van patiëntveiligheid kunnen definiëren en faciliteren.
- Zorg dat het thema patiëntveiligheid wordt opgenomen in de opleidingen voor de diverse beroepsgroepen.

Bijlagen

Ondergenoemde bijlagen bij dit onderzoeksverslag treft u op www.nvvp.net/publicaties/diversen

a) Projectplan Inhoudelijk Project patiëntveiligheid

b) Informatie voor deelnemers aan het project

c) Vragenlijst interviews
- vragenlijst verpleegkundigen
- vragenlijst psychiaters
- vragenlijst geneesheer-directeuren
- vragenlijst managers

d) Literatuur/ Bronnen