

# EEN SOM VAN MISVERSTANDEN

*Meldingscommissies dragen nauwelijks bij aan patiëntveiligheid*

Een bijdrage leveren aan de kwaliteit van de zorg, dat is de belangrijkste taak van de meldingscommissie incidenten patiëntenzorg (MIP). Maar door allerlei misverstanden komt die taak niet uit de verf. Hoog tijd om helderheid te verschaffen.

JACQUES DE BEKKER  
HENK VAN DER STEEG

Vrijwel iedere intramurale zorginstelling heeft een meldingscommissie incidenten patiëntenzorg (MIP). Op basis van meldingen van medewerkers over fouten en incidenten moet de MIP bijdragen aan kwaliteitsverbetering. Zowel commissieleden zelf als medewerkers zijn echter vaak niet tevreden over het functioneren van de MIP's. Hun rol is onduidelijk, medewerkers merken nauwelijks wat er met hun meldingen wordt gedaan en de toegevoegde waarde van de MIP wordt betwijfeld. Nadere analyse van de MIP leert dat er allerlei misverstanden zijn.

## DETTIG JAAR

De toenmalige Nationale Ziekenhuisraad (NZR) formeert in 1970 een commissie 'Ongevallen en fouten in ziekeninrichtingen' die een gedragslijn opstelt hoe te handelen bij een fout of ongeval met een patiënt.<sup>1</sup> Naar aanleiding hier-

van adviseert de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) om in ieder ziekenhuis een permanente FONA<sup>2</sup>-commissie in te stellen waar alle fouten, ongevallen en *near-accidents* worden gemeld. Vanaf 1974 doen de eerste FONA-commissies hun intrede met als doelstelling preventie en het verstrekken van informatie aan derden.

Veel ziekenhuizen aarzelen evenwel met het instellen van FONA-commissies

## Heeft de MIP nog wel bestaansrecht?

s omdat er aan het melden van fouten juridische haken en ogen kleven. Vanaf 1984 wordt elk ziekenhuis echter verplicht op grond van de Erkenningseisen<sup>3</sup> een FONA-commissie (later MIP) in te stellen.

Uit een aantal aspecten van het functioneren van de 30-jarige MIP blijkt dat deze niet goed functioneert en dat er vele misverstanden zijn. Tijd dus voor verandering met als belangrijke vraag: heeft de MIP nog wel bestaansrecht?

## LEGITIMERING

Het is een misverstand dat de MIP nog steeds een wettelijke verplichting is. Toen in 1996 de Kwaliteitswet zorginstellingen van kracht werd, vervielen tegelijkertijd de erkenningseisen voor ziekenhuizen. Deze Kwaliteitswet verplicht iedere zorginstelling een kwaliteitssysteem te hantieren voor onder andere het systematisch registreren van gegevens. Ingevoerde kwaliteitssystemen zijn NIAZ voor de ziekenhuizen, MIK-V voor de verpleeghuizen, HKZ voor thuiszorg, apotheken, verzorgingshuizen, enzovoorts. In deze systemen is doorgaans opgenomen dat er een regeling moet zijn voor het melden van incidenten. In de praktijk is de MIP

een vast onderdeel van die procedure, maar het instellen ervan is niet wettelijk verplicht.

## TOETSEN EN ANALYSEREN

In 1992 is consensus bereikt over de doelstellingen van de FONA-commissie<sup>4</sup>:

1. het toetsen van de zorgkwaliteit in de organisatie aan de hand van het analyseren van bijna-incidenten en incidenten in de (individuele) patiëntenzorg;
2. het doen van aanbevelingen tot preventie aan de daarvoor verantwoordelijken.

Deze formulering is in veel MIP-reglementen terug te vinden; door de begrippen 'toetsen' en 'analyseren' ziet de MIP het doen van onderzoek naar de toedracht van incidenten als hun voornaamste taak. Ten onrechte, want daarmee treedt de MIP in de verantwoordelijkheid van de behandelend arts en van de leidinggevende van de afdeling. Het behandelteam behoort een feitenonderzoek uit te voeren en te toetsen. Ook leidinggevenden lijken te denken dat de MIP voor dergelijk onderzoek is ingesteld. Een misverstand, want de MIP hoort niet thuis op het individuele patiëntenniveau.

De MIP is een adviescommissie met als doel: 'een bijdrage te leveren aan verbetering van patiëntveiligheid, op grond van binnengekomen meldingen, in de vorm van adviezen aan de directie.'

Bij calamiteiten (een ernstig gevolg voor de patiënt, eventueel de dood tot gevolg hebbend) gelden andere spelregels. Calamiteiten moeten aan de directie worden gemeld omdat deze de plicht heeft ze aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) te melden. Deze verplichting wordt opgenomen in de nieuwe Kwaliteitswet zorginstellingen. De directie kan zelf een onderzoek instellen of een onderzoekcommissie (niet de MIP!) daartoe opdracht geven. Omdat iedere calamiteit een specifieke aanpak vereist, behoren bij een onderzoek naar



de ware toedracht van een calamiteit ook aparte bevoegdheden.

#### SAMENSTELLING

Aanvankelijk maakten ook directieleden deel uit van de MIP. Dat veranderde echter al snel want het ondermijnt de onafhankelijkheid, werkt drempelverhogend voor het melden en het geeft een belangenconflict omdat de directie geen adviezen aan zichzelf kan geven. Hetzelfde geldt voor leden van het managementteam.

De omvang van meldingscommissies varieert sterk, gemiddeld zeven à acht personen, uit verschillende disciplines, met in ziekenhuizen een sterke vertegenwoordiging van artsen. De directie benoemt de leden, met een zittingsperiode van drie jaar en eenmalige verlen-

ing. De leden nemen deel op persoonlijke titel, zonder last of ruggespraak. Soms zijn de taken verdeeld: iemand houdt zich bezig met valincidenten, een ander met medicatiefouten. Vaak is er een ambtelijk secretaris voor ondersteuning van de commissie. Opvallend is dat

kwaliteitsfunctionarissen slechts sporadisch deel uitmaken van de MIP. Het is een misverstand om alle disciplines lid te maken van de MIP. Nu is vaak sprake van een zware commissie, regelmatig zelfs met schaduwleden. Zet men de uitgebrachte beleidsadviezen af tegen deze tijdsinvestering, dan heeft de MIP een beperkt rendement.

#### ONGENOEGEN

Meldingen hebben nogal eens als motief, zonder dat de afdelingsleiding daarvan op de hoogte is, het kenbaar maken van ongenoegen over de gang van zaken in de instelling of op de afdeling in de hoop via de MIP een oplossing te forceren. Over het meldcriterium waarover in de loop der jaren veel te doen is geweest, werd in 1992 de volgende consensus

## *Het aantal incidentmeldingen zegt niets over de mate van patiëntvriendelijkheid*

bereikt: 'Ieder incident in de patiëntenzorg met een (potentieel) schadelijk gevolg voor de patiënt (uitgezonderd complicaties)'. Klachten, arbo-incidenten en incidenten met schade aan persoonlijke eigendommen komen niet bij de MIP terecht, maar incidenten die niets

met individuele behandeling van een patiënt te maken hebben, zoals gladde vloeren, lekkende zuurstofcilinders, defecte infuuspompen of niet sluitende liftdeuren, doorgaans wel.

Andere invloeden op het meldgedrag zijn van psychologische aard (angst, gezichtsverlies, de schuld krijgen) of wijzen op onbekendheid bij medewerkers met de procedure en het functioneren van de MIP.

Het aantal incidentmeldingen zegt dus niets over de mate van patiëntveiligheid; het zegt hoogstens iets over de mate van openheid van de organisatie. Omdat de ene melding de andere niet is en omdat diverse factoren van invloed zijn op het melden, is vergelijking van het aantal meldingen met andere jaren of met andere instellingen weinig zinvol.

Ten slotte, met het melden van een incident aan de MIP is de kous niet af. Ook de patiënt heeft recht op informatie.<sup>5</sup> Toch is het nog een uitzondering dat het incident ook in het patiëntendossier wordt gerapporteerd.

#### METEN IS WETEN

Het belangrijkste motief om een incident te melden is dat de organisatie ook kan leren van een individuele gebeurtenis. Het beste meldformulier daarvoor (fysiek of digitaal) is het formulier dat de organisatie zelf maakt. Zij kan - onder het motto 'meten is weten' - samen met professionals en management bepalen wat de organisatie eigenlijk wil weten. Maar zulke meldformulieren zijn er niet. Meestal zijn het standaardformulieren met gesloten en open vragen. Deze laatste bieden ruimte voor proza en emoties van melders en dat moet juist worden vermeden. Het gaat erom feiten te herleiden tot harde informatie over mogelijke oorzaken van het betreffende incident. Emoties dienen medewerkers bij collega's en/of leidinggevenden te uiten.

Als op afdelingsniveau systematisch aandacht wordt geschonken aan patiëntveiligheid, het in kaart brengen van risico's en het analyseren van incidenten, is andere informatie nodig dan die aan de MIP wordt verstrekt. Het behandelteam heeft dan gedetailleerde gegevens nodig over de patiënt zelf, feitelijke afdelingsomstandigheden, ziektegeschiedenis, risico's die de patiënt meedraagt, samenwerkingsafspraken tussen verschillende disciplines en afdelingen, enzovoorts. Die afdelingsanalyse dient een ander doel: leren van fouten en incidenten om de kwaliteit van zorg met >>

<< betrekking tot patiënt of patiënten-categorie te verbeteren.<sup>6</sup>

#### FRUSTRATIE

Vele commissies brengen hun advies uit aan de melder of aan de leidinggevende van de afdeling waar de melding vandaan komt. Het advies wordt vaak genegeerd. Omdat de MIP geen bevoegdheden heeft om de uitvoering van uitgebrachte adviezen te controleren, ligt hier een bron van frustratie. Maar deze werkwijze is ook vragen om moeilijkheden en berust op een misverstand. De MIP is een adviescommissie voor de directie aan wie de adviezen dienen te worden uitgebracht. Daarmee levert de MIP haar feitelijke bijdrage aan verbetering van patiëntveiligheid. De directie kan naar aanleiding van de adviezen maatregelen nemen, opdrachten geven en dientengevolge ook de uitvoering ervan controleren.

Overigens blijkt dit misverstand ook te leven bij de IGZ, waar de mening bestaat dat de MIP de taak heeft de uitgebrachte adviezen juist wel te bewaken.

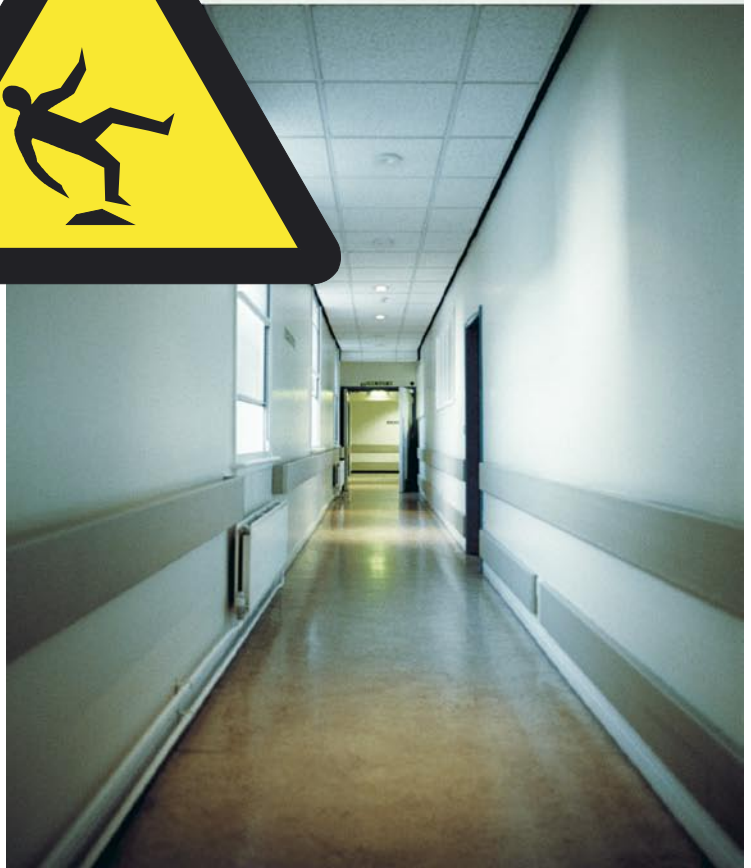
#### JAARVERSLAG

De MIP legt in een jaarverslag verantwoording af aan de directie. De directie bepaalt vervolgens wat hiervan in het jaarverslag van de instelling wordt opgenomen. Het jaarverslag van de commissie is niet openbaar, dat van de zorginstelling wel. De inhoud van een MIP-jaarverslag wordt veelal gekenmerkt door tabellen en cijfers. De adviezen en maatregelen ter verbetering van de patiëntveiligheid worden opmerkelijk genoeg vaak niet vermeld en daar gaat het nu juist om.

Ook de inspectie is kennelijk ontevreden. Zij heeft de ziekenhuizen vorig jaar gevraagd alle MIP-meldingen van 2001 met betrekking tot valincidenten en medicatiefouten aan de IGZ af te staan voor nader onderzoek.<sup>7</sup> Vele ziekenhuizen hebben hieraan geen gehoor gegeven omdat het MIP-reglement dit veelal niet toestaat en omdat de cijfers onvergelijkbaar zijn. Een landelijke richtlijn voor verslaglegging en verantwoording van de MIP aan de directie is welkom, zodat willekeur verdwijnt en vergelijking met andere ziekenhuizen mogelijk wordt. Het is een misverstand te denken dat vergelijking nu wel mogelijk is.

#### GEHEIMHOUDING

De meeste reglementen spreken over vertrouwelijke behandeling van infor-



matie en over garantie van anonimiteit. Dit geldt voor zowel de melder als de patiënt. Daarnaast rust er een geheimhoudingsplicht op de commissieleden.

De op personen herleidbare meldinformatie kan zo snel mogelijk na registratie door de MIP worden vernietigd. Dit gebeurt in de praktijk niet: de meeste commissies bewaren de meldformulieren net als de medische dossiers tien jaar. Een MIP-melding is onderdeel van het interne kwaliteitssysteem en gaat niet specifiek over de behandeling

## De MIP is een kind van dertig, het is nooit volwassen geworden

van de patiënt. Ook het toevoegen van een kopie van het meldformulier aan het dossier is om dezelfde reden onjuist.

Kijkend naar de doelstelling van de MIP is het overbodig om persoonsgegevens van de patiënt op het meldformulier in te vullen. Met die informatie wordt niets gedaan. Hoogstens zijn enkele persoonskenmerken (hoeveelste opnamedag, al eerder gevallen, aanspreekbaarheid, mobiliteit, enzovoorts) relevant om tot een goede analyse van incidenten te komen.

In veel MIP-reglementen is opgenomen dat de commissie toegang heeft tot alle documenten, inclusief patiëntendossiers. Alleen in het geval van een intern onderzoek van een calamiteit door een aparte onderzoekscommissie ligt het voor de hand dat de directie deze bevoegdheid expliciet verleent. Het is een misverstand dat deze bevoegdheid ook voor de MIP geldt.

### ZWALKEND BESTAAN

De MIP is een kind van 30 jaar oud het is nooit volwassen geworden vanwege misverstanden zoals hierboven geschetst. Het hardnekkigste misverstand is misschien wel dat een zorginstelling een MIP nodig heeft om de patiëntveiligheid

te bevorderen. Uit de genoemde som van misverstanden kan worden geconcludeerd dat deze commissies niet goed functioneren en een zwalkend bestaan leiden. Hun bedoelingen zijn goed, maar de toegevoegde waarde is doorgaans gering. Zij horen in hun huidige opzet niet thuis in een zelfbewuste organisatie waar verantwoordelijkheden, ook voor patiëntveiligheid, zijn gelegd waar zij horen. Coördinatie van incidentmeldingen op centraal niveau blijft echter nodig voor het totaalbeeld. Een centraal

meldpunt voor incidenten hoort wel in ieder ziekenhuis aanwezig te zijn. Deze rol lijkt geknipt voor kwaliteitsfunctio-narissen opdat goede beleidsadviezen - en ondersteuning bij de uitvoering van maatregelen - worden uitgebracht.

Omgaan met incidenten en leren van fouten behoren per definitie tot de verantwoordelijkheid van professionals en leidinggevend. De energie en tijd die de professionals nu in de MIP steken, kan beter op afdelingsniveau worden geïnvesteerd. Het is een logische stap maar tegelijk een grote cultuurwending als de aandacht voor incidenten wordt verlegd van de MIP naar multidisciplinaire behandelteams. Om deze stap succesvol te maken zijn leiderschap en steun van de Raad van Bestuur en participatie van de medische staf essentieel.

Het belangrijkste is misschien wel het leren gebruiken van eenvoudige hulpmiddelen en analysetechnieken op de werkvloer in een multidisciplinair verband. Van enkele goede voorbeelden in het land kan veel worden geleerd.<sup>8</sup> Veranderen is echter gemakkelijker gezegd dan gedaan. Openheid naar en vertrouwen in elkaar zijn een vereiste.

### SAMENVATTING

- Dertig jaar geleden begon de eerste FONA-commissie (later MIP genoemd).
- Vrijwel alle zorginstellingen hebben zo'n MIP.
- Door een aantal misverstanden functioneren meldingscommissies al vanaf het begin niet goed.
- Meldingscommissies zijn een traditie geworden, maar hun rendement is beperkt; zij dragen nauwelijks bij aan patiëntveiligheid.
- Door de aandacht voor risico-beheersing en het analyseren van incidenten te verschuiven naar het multidisciplinaire behandelteam, wordt de aanwezigheid van de MIP op termijn overbodig.
- Op centraal niveau blijft een meldpunt nodig.
- Bij het veranderproces van centraal naar decentraal kan de MIP zelf een grote rol spelen.

Patiëntveiligheid begint bij een veilig klimaat voor iedereen. Daar is een MIP niet voor nodig. Maar omdat leden van de MIP hun werkzaamheden met toewijding verrichten én betrokken zijn bij het onderwerp van patiëntveiligheid, ligt er voor hen (bijvoorbeeld in een stuurgroep) een schone taak om bij dit veranderingsproces een sturende en stimulerende rol te spelen. ■

J.M.A.H.M.J. de Bekker,

BScN van PARADOX Nijmegen, deskundige op het gebied van patiëntveiligheid en incidentenmanagement, adviseur patiëntveiligheid bij het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging.

dr. H.J. van der Steeg,

arts, tot voor kort lid van de Raad van Bestuur van het Diaconessenhuis te Utrecht/Zeist.

Correspondentieadressen: [jdebekker@paradoxiz.nl](mailto:jdebekker@paradoxiz.nl) en [hvdsteeg@euronet.nl](mailto:hvdsteeg@euronet.nl).

### Referenties

1. Ongevallen en fouten in ziekeninrichtingen. Het Ziekenhuis, nr. 1 - 1971 (met een naschrift van het dagelijks bestuur van de Landelijke Specialistenvereniging).
2. Faults Or Near-Accidents; in de Nederlandse vakliteratuur staat het acroniem doorgaans voor: Fouten, Ongevallen en Near-Accidents.
3. Besluit voor erkenning ziekenhuizen. Staatscourant; 1984, 234: 4-6.
4. Wouters-Nabbe MEL. (red.). Doelstellingen en werkwijze van FONA-commissies. Resultaten van de landelijke consensusbijeenkomst van 24 april 1992. (brochure) Leiden, 1992.
5. Wet geneeskundige behandelovereenkomst art. nr. 7:448 BW (Stb 1994, 838).
6. Bekker JMAHMJ de, Steeg HJ van der. Een overzichtelijk traject. Patiëntveiligheid in kaart gebracht. Medisch Contact 2004; 59: 1525-8.
7. Kahn PhS, Meulemans EWM. Oog en oor van de overheid. Medisch Contact 2004; 59: 152-5.
8. Molendijk A, Borst K, Dolder R van. Vergissen is menselijk. Blamefree melden doet transparantie toenemen. Medisch Contact 2004; 58: 1658-61.



MC-artikelen over dit onderwerp vindt u via onze website. Ga naar [www.medischcontact.nl/dezeweek](http://www.medischcontact.nl/dezeweek). Bij dit artikel vindt u de links.