

INTEGRAAL RISICOMANAGEMENT IN DE ZORG

Een onderzoek naar de optimale inrichting van een integraal risicomanagementsysteem in het Verloskundig Samenwerkingsverband Arnhem- De Liemers



Integraal risicomanagement in de zorg

Een onderzoek naar de optimale inrichting van een integraal risicomanagementsysteem
in het Verloskundig Samenwerkingsverband
Arnhem- De Liemers

Sanne de Kleyn
S4039866

Radboud Universiteit Nijmegen
Faculteit der Managementwetenschappen
Master Bestuurskunde
Specialisatie Organisatie & Management
Begeleider Dr. C.J. (Christiaan) Lako

Ziekenhuis Rijnstate
Afdeling Kwaliteitsbureau
Begeleider G. Warringa

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterthesis ter afsluiting van de masteropleiding Bestuurskunde met specialisatie Organisatie en Management aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Ik heb mij in de afgelopen vier jaar doen beseffen dat het vakgebied bestuurskunde wordt gekenmerkt door een dynamische en veranderlijke omgeving, waarbij een kant en klaar antwoord vrijwel nooit voor handen is. Daarvoor zijn gewoonweg teveel partijen en actoren betrokken, met evenzoveel meningen. Wanneer deze actoren betrokkenheid ervaren en gezamenlijk op zoek gaan naar een oplossing, dan ben ik er echter wel degelijk van overtuigd dat de publieke sector sterker wordt en dit komt de samenleving ten goede.

Deze masterthesis is tot stand gekomen na veel maanden nadenken, schrijven en herschrijven, onderzoeken en analyseren. De aanleiding voor dit onderzoek is de vraag naar een integrale aanpak van de gezamenlijke risico's, van zowel Rijnstate Ziekenhuis als het gehele Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) Arnhem- De Liemers. Er is een aantal verschillende manieren om risico's te beheersen in een organisatie en juist het feit dat vanuit verschillende disciplines, uit zowel eerstelijns als tweedelijns zorg, wordt gekeken naar het beheersen van risico's, maakt dat er geen standaardantwoord kan worden gegeven. Toch is merkbaar dat de betrokken disciplines bereid zijn om verder te kijken dan hun eigen vakgebied om de zorg voor zwangeren en hun baby's in de betreffende regio te verbeteren.

Het schrijven van deze thesis is, ondanks een kleine vertraging, vrij soepel verlopen, maar dit resultaat was niet haalbaar geweest zonder de medewerking van een groot aantal mensen. Allereerst wil ik de medewerkers van de afdeling kwaliteitsbureau van het Rijnstate Ziekenhuis bedanken voor de fijne en leerzame stageperiode. In het bijzonder wil ik Mw. G. Warringa, mijn stagebegeleider, bedanken, die mij met bemoediging en goede feedback gedurende zes maanden heeft begeleid. Het ziekenhuis Rijnstate, en in het bijzonder de afdeling gynaecologie en obstetrie en de betrokken leidinggevenden, de eerstelijns verloskundigen en de twee kraamzorgorganisaties verdienen tevens een woord van dank. Allen waren bereid om hun tijd en ervaringen met mij te delen, waarvoor mijn grote dank. Ook wil ik mijn scriptiebegeleider Dhr. C. Lako bedanken voor zijn waardevolle begeleiding, tips en feedbackmomenten waarmee hij heeft geholpen deze thesis naar een hoger niveau te tillen. Ook Charlotte van Prooijen, een medestudent, medestagiair bij ziekenhuis Rijnstate en bovenal vriendin, wil ik bedanken. De feedback- en overlegmomenten, de gezelligheid en ook de relativerende woorden hebben erg geholpen bij het schrijven van deze scriptie. Als laatste wil ik mijn man, moeder en oma bedanken voor de motiverende woorden en afleiding wanneer dit nodig was.

Sanne de Kleyn

Arnhem, 15 november 2014

Afkortingen

DVP	District Verloskundig Platform
ERM	Enterprise Risk Management
HRO	High Reliability Organization
HROt	High Reliability Organization theory
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ISO	International Organisation for Standardization
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KZI	Kwaliteitswet Zorginstellingen
KZO	Kraamzorgoverleg
LEVV	Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging
NAT	Normal Accidents Theory
NFU	Nederlandse Federatie van UMC's
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OMS	Orde Medisch Specialisten
PAN	Perinatale Audit Nederland
P.C.	Persoonlijke communicatie
SZG	Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte
VIM	Veilig Incidenten Melden
VMS	Veiligheidsmanagementsysteem
VSV	Verloskundig Samenwerkingsverband
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg

Samenvatting

In deze masterthesis wordt onderzoek gedaan naar een mogelijke optimale inrichting van een integraal risicomanagementsysteem binnen het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) Arnhem- De Liemers. De inrichting van het Nederlands verloskundig systeem is bijzonder te noemen wanneer deze internationaal wordt vergeleken. Nederland kent namelijk een systeem waarbij eerste-, tweede-, en derdelijns actoren samenwerken in een samenwerkingsverband. In een dergelijk VSV wordt getracht de zorg op integrale wijze te leveren, waarbij de inrichting zoveel mogelijk is afgestemd op de wensen van de cliënt. Toch staat de patiëntveiligheid in de keten geboortezorg in Nederland veel ter discussie. De positie van Nederland op internationale ranglijsten over perinatale sterfte verslechterd namelijk. Er is derhalve een groot aantal onderzoeken verricht naar de veiligheid in de keten geboortezorg. Om de patiëntveiligheid te kunnen borgen, wordt in deze onderzoeken veelal gepleit voor een gezamenlijke aanpak van risico's, bijvoorbeeld middels een gezamenlijk bestuur of gezamenlijk ontwikkelde protocollen.

De wens van het VSV Arnhem- De Liemers is tevens gelegen in het vergroten van de patiëntveiligheid. Daartoe is de vraag vanuit het Rijnstate Ziekenhuis ontstaan om te onderzoeken wat de optimale inrichting van een integraal toegepast risicomanagementsysteem kan zijn. Dit onderzoek tracht middels een uitgebreide behandeling van de wetenschappelijke literatuur, een documentenanalyse en 24 interviews een antwoord te geven op de vraag hoe een dergelijk risicomanagementsysteem goed kan worden ingericht.

De wetenschappelijke literatuur kent een tweetal heterogene benaderingen wanneer het gaat om risicomanagement. De ERM-benadering onderschrijft het belang van een weldoordachte top-down aanpak van risico's, daar improvisatie in risicovolle situaties tekort zou schieten. De HRO-benadering gaat uit van een bottom-up proces van risicomanagement, waarbij de werknemers een alerte houding moeten hebben om risico's succesvol te reduceren.

Op basis van de resultaten die voortvloeien uit dit onderzoek, kan worden geconcludeerd dat een synthese van beide benaderingen in de praktijk moet leiden tot een optimale invulling van een gezamenlijk risicomanagementbeleid. Uit de analyse is gebleken dat de structuur die de ERM-benadering biedt enerzijds een leidraad kan zijn. Wanneer dit echter wordt overdreven, wordt het anderzijds ervaren als een belemmering. Werknemers zouden zich namelijk moeten houden aan regels, ook als een situatie om een andere handeling vraagt. De HRO-benadering wordt van belang geacht voor een optimaal systeem omdat de werknemers een zeer belangrijke signaleringsfunctie hebben. Wanneer zij openlijk durven communiceren over meegemaakte incidenten, komt dit de reducering van risico's ten goede zoals wordt beargumenteerd door een meerderheid van de respondenten en de wetenschappelijke literatuur. Het ontwikkelen van een risicomanagementsysteem vraagt derhalve om een balans in top-down sturing enerzijds en vrijheid en creativiteit voor de werkvloer anderzijds.

Inhoud

1.	Inleidend kader	11
1.1	Aanleiding	11
1.2	Probleemstelling	14
1.3	Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie.....	15
1.4	Theorie en methoden	15
1.5	Kernbegrippen	16
1.6	Leeswijzer.....	17
2.	Beleidskader	21
2.1	Verloskundig Samenwerkingsverband	21
2.2	Verloskundig Samenwerkingsverband Arnhem- De Liemers.....	21
2.2.1	“VSV Oude stijl”	22
2.2.2	“VSV Nieuwe stijl”	23
2.3	Wettelijke verplichtingen	24
2.3.1	Wet BIG en KZI.....	24
2.3.2	Regulering door beroepsverenigingen en zorginstellingen	25
2.3.3	Veiligheidsmanagementsysteem	26
3.	Theoretisch kader	29
3.1	Risicomanagement	30
3.1.1	Definitie risico	30
3.1.2	Definitie risicomanagement	31
3.1.3	Organisatiecultuur bij risicomanagement.....	32
3.2	Enterprise Riskmanagement	33
3.2.1	Beschrijving ERM.....	33
3.2.2	Proces van Enterprise Risk Management.....	35
3.2.3	Factoren die implementatie van ERM bepalen	39
3.2.4	Effectief ERM-systeem	40
3.2.5	Kritiek op ERM-theorie	41
3.2.6	Resumerend	41
3.3	High Reliability Organization theory	41
3.3.1	Beschrijving HRO	42
3.3.2	Mindfulness: Principes van HRO.....	44

3.3.3	HRO in de gezondheidszorg	47
3.3.4	Kritiek op HRO-theorie.....	48
3.3.5	Resumerend.....	49
3.4	Normal Accidents Theory	49
3.5	Conclusie	51
3.5.1	Samenvatting theoretisch kader	51
3.5.2	Conceptueel model.....	54
4.	Methodologisch kader	59
4.1	Onderzoeksstrategie.....	59
4.2	Methoden van dataverzameling.....	60
4.2.1	Semigestructureerde interviews	60
4.2.2	Documentenanalyse	61
4.3	Onderzoekseenheden	61
4.4	Operationalisatie	62
4.5	Methoden van data-analyse	64
4.6	Validiteit en betrouwbaarheid	65
4.6.1	Validiteit.....	65
4.6.2	Betrouwbaarheid	66
5.	Analyse.....	69
5.1	Feitelijk risicomanagement bij de actoren.....	69
5.1.1	Risicomanagement Rijnstate	69
5.1.2	Risicomanagement Eerstelijns verloskundigen.....	73
5.1.3	Risicomanagement Kraamzorgorganisaties	75
5.1.4	Resumerend.....	77
5.2	Beleving risicomanagement bij de actoren.....	77
5.2.1	Beleving ziekenhuis Rijnstate	78
5.2.2	Beleving Eerstelijns verloskundigen	83
5.2.3	Beleving Kraamzorg	85
5.2.4	Resumerend.....	87
5.3	Risicomanagement VSV Arnhem- De Liemers	88
5.3.1	Feitelijk risicomanagementsysteem VSV Arnhem- De Liemers	88
5.3.2	Beleving risicomanagementsysteem VSV Arnhem- De Liemers	92
5.3.3	Resumerend.....	96

5.4	Discrepanties theorie en praktijk	96
6.	Conclusie en aanbevelingen	103
6.1	Conclusie	103
6.2	Aanbevelingen	108
6.3	Discussie	110
Literatuur		115
Bijlagen		123
Bijlage 1: Voorwaarden effectief ERM-systeem		123
Bijlage 2: De interviewgide.....		125

1. Inleidend kader

1. Inleidend kader

In dit inleidende hoofdstuk wordt allereerst inzicht gegeven in de aanleiding voor dit onderzoek (paragraaf 1.1). Uit deze aanleiding volgt een probleemstelling, die in paragraaf 1.2 wordt weergegeven. Hierna komt de wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie aan bod in paragraaf 1.3. In paragraaf 1.4 wordt een voorbeschouwing op het theoretisch en methodologisch kader gegeven. Paragraaf 1.5 geeft de kernbegrippen van dit onderzoek weer. Dit hoofdstuk wordt besloten met een leeswijzer in paragraaf 1.6.

1.1 Aanleiding

De inrichting van het Nederlands verloskundig systeem neemt een bijzondere internationale positie in. Nederland is één van de weinige geïndustrialiseerde landen waar een systeem bestaat waarin zowel eerste-, tweede- als derdelijns actoren samenwerken. Deze actoren werken afzonderlijk van elkaar en kennen elk hun eigen verantwoordelijkheden. Zij werken echter wel samen in een regionaal opgericht Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV). De eerstelijns verloskundigen werken voornamelijk in wijkverband, terwijl de tweedelijns gynaecologen verbonden zijn aan perifere ziekenhuizen middels een maatschap waarin zij deelnemen (zum Vörde sive Vörding & Meijboom, 2012, p.533).

Een VSV wordt gezien als een vorm van ketensamenwerking. Ketensamenwerking is in de gezondheidszorg een veel gebruikte manier om op integrale wijze zorg te leveren. Patiënten hebben dikwijls meerdere vormen van zorg nodig die door verschillende professionals in eenzelfde of vanuit verschillende organisaties wordt geleverd (Minkman, Ahaus & Huijsman, 2010, p.26). Een keten wordt omschreven als een samenwerkingsverband tussen partijen die zowel zelfstandig als afhankelijk van elkaar functioneren omdat ze samenhangende handelingen uitvoeren (INK, 2008, p.10). Binnen een keten is er derhalve sprake van wederzijds afhankelijke en toch autonoom functionerende organisaties. Ketenzorg wordt verwoord als: *“Een gecoördineerd zorgverleners- en organisatieoverstijgend zorgproces, gericht op (naadloze) samenhang, afgestemd op de behoeften van de cliënt”* (Raak, Mur-Veeman, Hardy, Steenbergen & Paulus, in Minkman, Ahaus & Huijsman, 2010, p.26).

Er wordt veelal voor ketensamenwerking gekozen om de kwaliteit van de geleverde zorg te verbeteren in een steeds complexer wordende omgeving waarin actoren moeten opereren. Hierbij wordt gewezen op een toegenomen fragmentatie en de aanbod gedreven manier van werken. Juist in deze omgeving kan integraal werken de kwaliteit van zorg ten goede komen (Minkman, Ahaus & Huijsman, 2010, p.26). Met ketenzorg wordt derhalve getracht de gevaren van gefragmenteerde zorg en de aanbod gedreven manier van werken te verminderen om de patiëntveiligheid en kwaliteit te kunnen borgen.

In de wetenschappelijke literatuur wordt tevens aandacht besteed aan patiëntveiligheid en kwaliteitsborging. Kohn, Corrigan en Donaldson brachten in 1999 het boek *“To err is human, building a safer health care system”* uit en dit heeft gezorgd voor een toename in de aandacht voor dit onderwerp. Patiëntveiligheid wordt gedefinieerd 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 de hulpverleners en/of door tekortkoming van het zorgsysteem” (Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), 2011, p.9).

Ook in Nederland is de aandacht voor het meten van veiligheid en kwaliteit in de gezondheidszorg toegenomen. Shell Nederland is in 2004 door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gevraagd om een rapport te schrijven over het verbeteren van de veiligheid en kwaliteit in de zorgsector. Shell Nederland besteedt sinds de jaren '90 voortdurend aandacht aan het verbeteren van de veiligheid in de eigen organisatie en haar omgeving en heeft aan de hand van eigen ervaringen een aantal adviezen voor de Nederlandse zorgsector opgesteld. Eén van de adviezen uit dit rapport is het invoeren van een veiligheidsmanagementsysteem. Middels een dergelijk systeem zouden knelpunten kunnen worden gesignaleerd en zo kan de kwaliteit van de zorg toenemen (Shell Nederland, 2004, p.10).

Het vergroten van de (patiënt) veiligheid en kwaliteit in de zorgsector is dus een belangrijk thema binnen de Nederlandse gezondheidszorg. De Nederlandse overheid heeft na dit rapport uit 2004 verschillende andere onderzoeken laten verrichten naar het gehele gezondheidszorgsysteem maar ook specifiek naar het Nederlands verloskundig systeem (Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009; EMGO/NIVEL, 2013; IGZ, 2009; IGZ, 2011). Er is uit deze onderzoeken een aantal conclusies en adviezen gevolgd om de kwaliteit en veiligheid van de ziekenhuiszorg en specifiek de verloskundige zorg te verbeteren.

De Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (SZG) geeft in haar onderzoek aan dat de betrokken actoren binnen de verloskunde meer zouden moeten samenwerken om de kwaliteit en veiligheid van de zorg te borgen. Daartoe zou tevens een gezamenlijk kwaliteitsbeleid moeten worden ontwikkeld waardoor de actoren zich committeren aan vooraf vastgestelde multidisciplinaire normen. De stuurgroep stimuleert de betrokken actoren tot het gemeenschappelijk ontwikkelen en implementeren van richtlijnen en protocollen om zodoende middels toetsing en evaluatie inzicht te verkrijgen in de kwaliteit, veiligheid en eventuele knelpunten in de zorg voor zwangere vrouwen (SZG, 2009).

Helsloot (2012, p.25) geeft tevens aan dat het voor organisaties die samenwerken cruciaal is om óók een gezamenlijk veiligheidsbeleid te hanteren. In zijn oratie verwoordt hij een viertal principes waaruit blijkt dat veiligheid in veel gevallen een bijproduct is in het formuleren van veiligheidsbeleid. Eén van deze principes luidt dat samenwerking tussen autonome professionele organisaties veelal beperkt is, omdat de autonomie van een organisatie voor professionals zwaarder weegt dan het efficiënt aanpakken van veiligheidsrisico's. Helsloot betoogt echter dat een overkoepelende aansturing door een integraal verantwoordelijk bestuur noodzakelijk is om een efficiëntieslag toch te kunnen behalen.

Een gezamenlijk kwaliteitsbeleid, wat wordt bepleit door de SZG en Helsloot, hangt nauw samen met het al dan niet gezamenlijk beheersen van risico's. Immers, wanneer risico's kunnen worden ingeschat en beheerst, kan dit de kwaliteit van de zorg ten goede komen (IGZ, 2009). Uit een rapport van de IGZ uit 2009 blijkt dat er reeds veel aandacht is voor het beheersen van risico's middels risicomanagementsystemen. Risicomanagement houdt het

planmatig beheersen en minimaliseren van risico's in waaraan het bedrijf, de medewerkers en de patiënten blootstaan (in 't Veld, 2001, p.7). Het integraal inrichten van risicomanagementsystemen blijft echter sterk achter. Dit is een opvallend gegeven gezien de complexiteit en de snel veranderende omgeving waarin de Nederlandse gezondheidszorg zich bevindt (Snapper & Swagerman, 2008). De Nederlandse zorg wordt, zoals reeds is genoemd, steeds meer geconfronteerd met samenwerkingsverbanden en fusies (NVZ, 2010) en juist in deze vernieuwde situatie is integraal risicomanagement van belang om de kwaliteit van de geleverde zorg te borgen. Ook in de verloskundige keten, waar dit onderzoek zich specifiek op richt, is integraal risicomanagement nog weinig zichtbaar, terwijl de samenwerking binnen het Verloskundig Samenwerkingsverband formeel is beslecht (IGZ, 2013).

EMGO/NIVEL (2013) heeft in opdracht van de Nederlandse overheid reeds drie onderzoeken verricht naar de patiëntveiligheid en kwaliteit in de gezondheidszorg. Zij hebben specifiek onderzoek verricht naar de invoering van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Dit landelijk ingevoerde VMS heeft tot doel de potentieel vermijdbare schade en sterfte in ziekenhuizen terug te dringen. Een VMS wordt gedefinieerd als: *“Een systeem om risico's te beheersen. Het voorziet in een strategie, beleid en activiteiten om risico's te inventariseren, te analyseren, te beoordelen en aan te passen”* (IGZ, 2011, p.9). Eén van de wijzen waarop de risico's worden geïnventariseerd en beheerst is middels prospectieve risicoanalyse. In de wetenschappelijke literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen prospectieve risicoanalyse en retrospectieve risicoanalyse. Een prospectieve risicoanalyse heeft betrekking op het vooraf inschatten van risico's in een organisatie en haar omgeving. Er worden tevens beheersmaatregelen genomen om deze risico's te minimaliseren. Het gaat, met andere woorden, om het voorspellen van mogelijke risico's in een organisatie. Retrospectieve risicoanalyse betreft een analyse van reeds bestaande procesafwijkingen binnen een organisatie, zoals incidenten. Middels deze risicoanalyse wordt getracht lering te trekken uit gemaakte fouten om deze in de toekomst te voorkomen (IGZ, 2011, p.10).

De IGZ heeft in 2011 een rapport uitgebracht waaruit blijkt dat de invoering van het VMS vordert. De implementatie van een prospectieve risicoanalyse blijft echter achter. Bovendien worden de risico's nog niet systematisch geïnventariseerd, noch omgezet in beheersmaatregelen. Tot slot wordt genoemd dat er veelal alleen reactief met risico's wordt omgegaan; daar waar reeds complicaties zijn opgetreden wordt getracht deze te analyseren en verhelpen. Echter, van een *“volwassen veiligheidsmanagementsysteem”* wordt verwacht dat de risico's vóóraf bekend zijn en dat deze middels opgestelde beheersmaatregelen binnen de normen kunnen worden gehouden (IGZ, 2011, p.13).

Resumerend is er een roep om zowel meer integraal risicomanagement als een roep om meer prospectieve risicoanalyse, in de gehele ziekenhuiszorg en binnen de verloskundige keten. Vanuit ziekenhuis Rijnstate ligt er tevens een vraag omtrent integraal en prospectief risicomanagement in de keten geboortezorg. Deze keten wordt ook wel het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) Arnhem- De Liemers genoemd. In dit VSV werken verscheidene actoren uit zowel eerstelijnszorg als tweedelijnszorg samen. De eerstelijnszorg wordt geleverd door de eerstelijns verloskundigen, huisartsen, kraamzorg en

jeugdgezondheidszorg. De tweedelijnszorg wordt geleverd door gynaecologen, verloskundigen, kinderartsen en arts-assistenten (IGZ, 2013, p.17).

Ziekenhuis Rijnstate kent voor de prospectieve risico-inventarisatie een integraal risicomanagementsysteem, te weten COSO II, waarmee organisatiebreed de risico's in kaart worden gebracht. De keten geboortezorg kent echter nog geen integraal risicomanagementsysteem. Dit wordt echter wel noodzakelijk geacht door de keten daar kwaliteit van de zorg moet worden geborgd en gecontroleerd. Het voorstel vanuit ziekenhuis Rijnstate is derhalve om een risicomanagementsysteem te ontwikkelen en vervolgens een risico-inventarisatie uit te voeren binnen het VSV Arnhem- De Liemers (G.Gerritsen, persoonlijke communicatie (p.c.), maart 2014). Het gaat hierbij om een integraal risicomanagementsysteem waaraan de deelnemende organisaties zich moeten committeren.

1.2 Probleemstelling

Uit hetgeen hierboven is beschreven, volgt een probleemstelling die bestaat uit een doel- en vraagstelling.

De doelstelling van dit onderzoek is als volgt verwoord:

Inzicht verkrijgen in verschillende theoretische benaderingen omtrent risicomanagement en bevindingen vanuit de empirie van het VSV Arnhem- De Liemers, teneinde te komen tot een optimaal risicomanagementsysteem dat toepasbaar is binnen het VSV.

De bijbehorende vraagstelling luidt:

Welk risicomanagementsysteem is geschikt voor een integraal risicomanagementsysteem in de keten geboortezorg in de regio Arnhem- de Liemers?

Om tot een beantwoording van de geformuleerde probleemstelling te komen, is een drietal niveaus onderscheiden in dit onderzoek. Het eerste niveau wordt gevormd door de theoretische benaderingen die een optimaal risicomanagementsysteem beschrijven. Het tweede niveau betreft de feitelijke inrichting van het risicomanagementsysteem in de empirie van het VSV. Het derde en laatste niveau heeft betrekking op de beleving en ervaring van het feitelijk risicomanagementsysteem. Er is, in lijn met deze drie niveaus, een aantal deelvragen opgesteld die hieronder worden weergegeven. Allereerst is het van belang inzicht te verkrijgen in de theoretische benaderingen omtrent risicomanagement. Deelvraag 1 luidt derhalve:

1. *Welke benaderingen worden in de wetenschappelijke literatuur omtrent (integraal) risicomanagement beschreven?*

Vervolgens is het relevant om te bestuderen hoe het risicomanagement in de praktijk van het VSV Arnhem- De Liemers is vormgegeven. Deelvraag 2 en 3 luiden:

2. *Op welke wijze(n) wordt het risicomanagement bij de afzonderlijke actoren binnen het VSV vormgegeven?*
3. *In hoeverre wordt het risicomanagement reeds integraal in het VSV toegepast?*

Naast de optimale inrichting van een risicomanagementsysteem in de theorie en de feitelijke inrichting van het risicomanagement in de praktijk van het VSV, is het tevens van belang te kijken naar de behoeften en ervaringen omtrent risicomanagement van de betrokken actoren op zowel afzonderlijk als integraal niveau. De vierde deelvraag is derhalve als volgt verwoord:

4. *Hoe wordt het huidige risicomanagementsysteem op het niveau van de afzonderlijke organisaties en het integrale risicomanagementsysteem ervaren door de betrokken actoren?*

De volgende set van deelvragen tracht inzicht te geven waar verschillen zichtbaar zijn tussen theorie, empirie en ervaringen omtrent de invulling van het risicomanagement binnen het VSV.

5. *Welke discrepanties, omtrent de invulling van risicomanagement, kunnen worden vastgesteld tussen de beoogde systemen die uit het theoretisch kader voortvloeien, de aanwezige risicomanagementsystemen in de praktijk van het VSV Arnhem- De Liemers en de ervaring van het risicomanagementsysteem door de betrokken actoren?*
6. *Welke verklaringen zijn te geven voor de gevonden discrepanties?*

1.3 Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie

Dit onderzoek kan bijdragen aan de wetenschappelijke kennis omtrent integraal risicomanagement in de gezondheidszorg. Dit exploratieve onderzoek tracht inzichten te verschaffen in de praktijk van risicomanagement en op deze wijze wordt de reeds bestaande theorie aangevuld.

Dit onderzoek is bovendien wetenschappelijk relevant omdat risicomanagement een nog jonge denkwijze is binnen de overheidssector. Dit onderzoek onderschrijft het belang dat óók publieke of semipublieke organisaties, zoals ziekenhuizen, een gedegen risicomanagementsysteem hebben dat gericht is op het verbeteren van de veiligheid en kwaliteit van zorg. Daartoe dient dit onderzoek de reeds bestaande wetenschappelijke kennis aan te vullen met een casestudy onderzoek naar zowel de theoretische als empirische factoren die de effectiviteit van een risicomanagementsysteem beïnvloeden.

Wanneer een optimaal risicomanagementsysteem wordt ontwikkeld, leidt dit tot een groter inzicht in de eventuele risico's in het VSV Arnhem- De Liemers. Dit inzicht kan leiden tot beheersmaatregelen waardoor de vooraf ingeschatte risico's worden verkleind. De verloskundige zorg en het verloskundig systeem kennen op deze wijze een kwaliteitsverbetering wat de zorg voor de zwangere ten goede komt. Bovendien geeft dit onderzoek inzicht in het succesvol inrichten van een integraal risicomanagementsysteem wat tevens door andere organisaties in de zorg kan worden gebruikt.

1.4 Theorie en methoden

Ziekenhuis Rijnstate heeft voor een risicomanagementsysteem (COSO II) gekozen dat past binnen de theoretische benadering van Enterprise Risk Management. Deze benadering veronderstelt dat een top-down benadering passend is om risico's te verminderen. Hierbij

worden risico's beheerst middels protocollen en regels (G. Gerritsen, p.c., maart 2014). In de wetenschappelijke theorie zijn echter tevens andere benaderingen bekend. High Reliability Organizations theory (HROt) veronderstelt dat een bottom-up perspectief zou moeten leiden tot het beheersen van risico's en gevaren. De focus in de High Reliability Organizations (HRO) is niet zozeer gericht op protocollen en regels maar veeleer op het stimuleren van de professionaliteit en bekwaamheid van beroepsbeoefenaren. Op deze wijze wordt getracht risico's te inventariseren en te beheersen (Weick & Sutcliffe, 2011).

Beide benaderingen kennen een verschillende invalshoek en het is relevant om inzicht in beide benaderingen te verkrijgen. Na een vergelijking van de verschillende benaderingen is het van belang een model te vinden dat toepasbaar is voor een samenwerkingsverband zoals het VSV, waarmee een integrale risico-inventarisatie in de praktijk kan plaatsvinden.

De resultaten van dit onderzoek vloeien voort uit een kwalitatieve onderzoeksmethode, waarbij gekozen is voor een casestudy design. Dit onderzoek tracht inzicht te geven in een nog weinig onderzochte case, te weten risicomanagement en het inrichten hiervan in een integraal samenwerkingsverband waartoe het VSV kan worden gerekend. In een dergelijk exploratief, verkennend en vernieuwend onderzoek is een kwalitatieve onderzoeksmethode geschikt omdat middels deze methode kan worden verkend hoe het huidige risicomanagementsysteem wordt ervaren en hoe dit optimaal kan worden ingericht voor het VSV (Boeijs, 2005, p.35). Om deze ervaringen uit de empirie te kunnen meten, is het allereerst van belang te weten op welke wijze het risicomanagementsysteem in elke afzonderlijke organisatie is ingericht. Daartoe dient allereerst een documentenanalyse te worden uitgevoerd, om op deze wijze inzicht te verkrijgen in het proces van de keten geboortezorg en het beleid omtrent risicomanagement. Ook (semigestructureerde) interviews leiden tot een beeld van de wijze waarop het risicomanagementsysteem is ingericht bij de betrokken actoren. Bovendien wordt er in de interviews gesproken over de ervaringen uit de empirie omtrent risicomanagement. De interviews worden gehouden met de belangrijkste actoren uit het VSV. Hierbij zijn zowel bestuurders als beroepsbeoefenaars van belang omdat inzicht nodig is in de wijze waarop risicomanagement wordt beoogd in beleid en hoe dit systeem vervolgens wordt ervaren door beroepsbeoefenaars.

1.5 Kernbegrippen

Er is een aantal begrippen die meer aandacht vragen omdat deze voor het gehele onderzoek van belang zijn.

Een *risico* wordt gedefinieerd als een onzekerheid, waarbij de grootte van het risico wordt bepaald door de kans dat het risico voorkomt en de ernst, consequentie of omvang van het risico.

Risicomanagement wordt gedefinieerd als het planmatig inventariseren, evalueren en beheersen van risico's waaraan een organisatie wordt blootgesteld.

1.6 Leeswijzer

Dit eerste hoofdstuk betrof het inleidend kader waarin de aanleiding, de probleemstelling, de relevantie, de theorie en methoden en de kernbegrippen aan bod zijn gekomen. Het tweede hoofdstuk betreft het beleidskader waarin meer inzicht wordt gegeven in het VSV en de wettelijke verplichtingen wanneer het gaat om risicomanagement. Hoofdstuk drie beschrijft de verschillende wetenschappelijke perspectieven omtrent risicomanagement en het veiliger maken van een organisatie. Er wordt inzicht gegeven in de Enterprise Risk Management benadering, het gedachtegoed omtrent High Reliability Organizations en de Normal Accidents theorie. Het methodologisch kader komt in hoofdstuk vier aan bod. In dit hoofdstuk wordt verantwoording afgelegd voor de gekozen onderzoeksmethoden en de gekozen steekproef. Bovendien wordt de operationalisatie besproken en wordt inzicht gegeven in de wijze van dataverzameling en data-analyse. Het vijfde hoofdstuk beschrijft de resultaten en analyse van de gegevens, waarna in hoofdstuk zes de conclusies worden getrokken en aanbevelingen worden gegeven.

2. Beleidskader

2. Beleidskader

In dit beleidskader wordt allereerst in paragraaf 2.1 ingegaan op de inrichting van een VSV en paragraaf 2.2 geeft inzicht in de specifieke inrichting van het VSV Arnhem- De Liemers. Vervolgens wordt in paragraaf 2.3 inzicht gegeven in de wettelijke verplichtingen rondom risicomanagement.

2.1 Verloskundig Samenwerkingsverband

Sinds 1 juli 2012 is het in Nederland verplicht om in elke regio minimaal één goed functionerend VSV te hebben (Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), 2012, p.40). In een VSV neemt een aantal actoren deel die gezamenlijk de zorg rondom zwangerschap en geboorte leveren. Dit wordt veelal afgestemd op het werkgebied van het betrokken ziekenhuis (SZG, 2009, p.32). In een VSV nemen actoren uit zowel eerste-, als tweedelijns zorg deel. Zo zijn eerste- en tweedelijns verloskundigen, gynaecologen, verloskundig actieve huisartsen, kinderartsen en kraamzorgaanbieders betrokken. Idealiter zouden ook vertegenwoordigers van cliënten en zorgverzekeraars deel moeten nemen aan een VSV. Tevens wordt er in sommige regio's gekozen om gemeenten, de provincie of ambulancezorgaanbieders toe te laten (NZa, 2012, p.40). In Nederland zijn tien samenwerkingsverbanden bekend die ziekenhuis overstijgend een verantwoordelijkheid hebben in het bewaken van de kwaliteit van zorg rondom zwangerschap en geboorte (SZG, 2009, p.32).

In een VSV wordt getracht het beleid op de langere termijn vast te stellen waarbij gezamenlijke belangen centraal staan. Gedacht kan worden aan de gevolgen van een fusie tussen ziekenhuizen, de beschikbaarheid van ambulances en de afspraken met een zorgverzekeraar (NZa, 2012, p.40). Naast het vaststellen van beleid, is er tevens een belangrijke rol in de implementatie en uitvoering van protocollen en kaders zoals deze worden vastgesteld door het College Perinatale Zorg. Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009, p.32) stelt dat elke professional verplicht participeert in een regionaal VSV vanwege deze activiteiten. Hierbij zouden vier doelen centraal moeten staan. Allereerst dient er afstemming gerealiseerd en vertrouwen opgebouwd te worden tussen lokale en regionale actoren. Ten tweede moeten de vastgestelde multidisciplinaire protocollen en kaders regionaal geïmplementeerd en lokaal uitgevoerd worden. Ten derde moet zorgverleners-delay worden voorkomen door een optimale samenwerking tussen de actoren. Tot slot dient er uitwisseling van informatie plaats te vinden over iedere zwangere op basis van intake, geboorteplan en cliëntgegevens.

2.2 Verloskundig Samenwerkingsverband Arnhem- De Liemers

Het VSV Arnhem- De Liemers zit momenteel in een transitieproces waarbij het "*VSV oude stijl*" overgaat in een "*VSV nieuwe stijl*". In deze paragraaf worden beide organisatiestructuren behandeld, waarbij allereerst inzicht wordt gegeven in het VSV oude stijl in paragraaf 2.2.1. Paragraaf 2.2.2 heeft vervolgens betrekking op de nieuwe inrichting van het VSV.

2.2.1 “VSV Oude stijl”

Het oude VSV wordt gekenmerkt door een scheiding tussen een Verloskundig Samenwerkingsverband en een District Verloskundig Platform (DVP). Beide organisatievormen worden derhalve in deze paragraaf besproken.

VSV Arnhem- De Liemers

Het VSV Arnhem- De Liemers is een samenvoeging van de voormalige VSV'en uit Arnhem en Zevenaar. VSV Arnhem bestond sinds 2002 en VSV De Liemers sinds 1999. De samenvoeging is een gevolg van de fusie van het voormalig Streekziekenhuis Zevenaar en ziekenhuis Rijnstate. In mei 2013 was de eerste bijeenkomst in de nieuwe samenstelling. Het nieuwe VSV Arnhem- De Liemers beslaat het verzorgingsgebied van het Rijnstate Ziekenhuis en de betrokken actoren zijn eerstelijns verloskundigen, gynaecologen, tweedelijns verloskundigen, kinderartsen en arts-assistenten. Kraamzorginstellingen zijn nog niet betrokken, maar nemen wel deel aan het DVP (IGZ, 2013, p.15-16).

De regio De Liemers kent vier praktijken met tien verloskundigen waarbij drie praktijken een verloskundigencoöperatie zijn aangegaan. De regio Arnhem heeft acht groepspraktijken en twee solisten waar in totaal 40 verloskundigen werkzaam zijn. In de regio Arnhem is tevens een verloskundigencoöperatie actief, waarin vijf praktijken deelnemen. In ziekenhuis Rijnstate zijn negentien gynaecologen en twintig kinderartsen werkzaam, alsook een veelheid aan tweedelijnsverloskundigen (IGZ, 2013, p.15-17).

Het VSV is verantwoordelijk voor de operationele en zorginhoudelijke samenwerking tussen de betrokken actoren (Alysis Zorggroep, 2004, p.2). Daartoe is er vijfmaal per jaar een gemandateerden-overleg waarin praktische en zorginhoudelijke zaken worden besproken. Bovendien zijn er multidisciplinaire werkgroepen actief waarin leden plaatsnemen. Tevens wordt er twee of drie keer per jaar een Perinatale Audit Nederland (PAN) georganiseerd (IGZ, 2013, p.17). Bij een dergelijke perinatale audit analyseren de betrokken actoren op een kritische, gestructureerde manier de daadwerkelijk verleende zorg aan de zwangere en het kind (www.perinataleaudit.nl)

District Verloskundig Platform

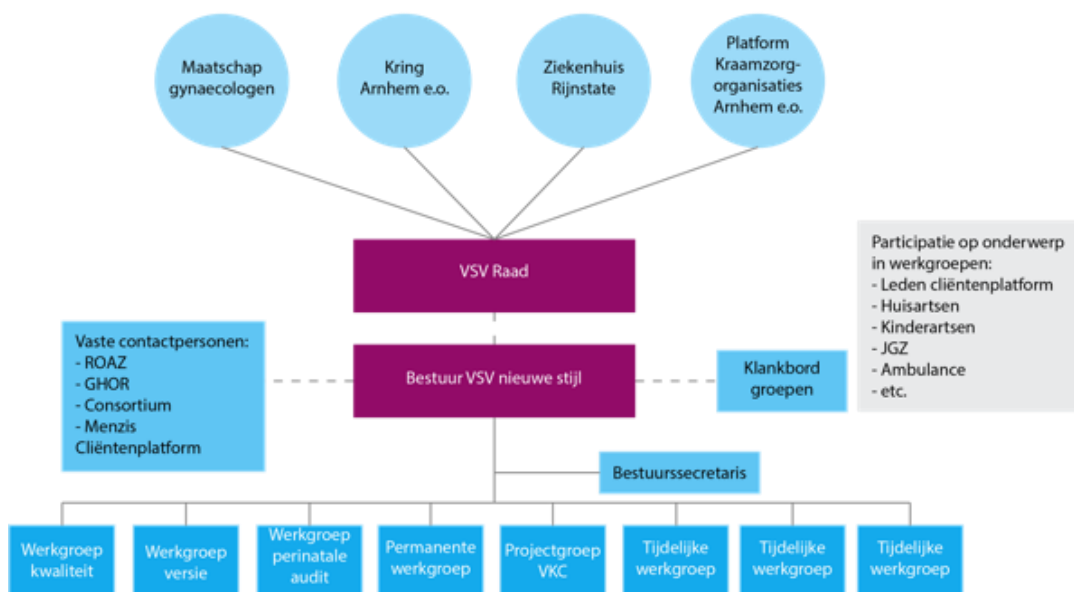
In de regio Arnhem- De Liemers is naast een Verloskundig Samenwerkingsverband sinds 10 december 2003 ook een District Verloskundig Platform actief. Het DVP richt zich, in tegenstelling tot het VSV, op de organisatie van zorg op strategisch en beleidsmatig niveau. Het doel van het DVP is gericht op het realiseren van duurzame oplossingen en ontwikkelingen voor verloskundige zorg op basis van een gemeenschappelijke visie waarbij de focus ligt op strategie en beleid. Het platform is geen besluitvormend orgaan, maar wordt gezien als een platform voor discussie waar de betrokken actoren elkaar kunnen ontmoeten (Alysis Zorggroep, 2004, p.1-2).

Voor de beleidsmatige afstemming binnen een DVP is een bredere vertegenwoordiging nodig waardoor in dit DVP kraamzorginstellingen, Menzis, zorgmanagers van zowel gynaecologie als kindergeneeskunde, gynaecologen, kinderartsen, eerstelijns verloskundigen, Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en Caransscoop (een ondersteuningsorganisatie) actief zijn (IGZ, 2013, p.15). Caransscoop heeft de leiding in het

regionaal Kraamzorgoverleg (KZO), waarin zes kraamzorgorganisaties deelnemen. Na elk DVP komt ook dit KZO samen om de resultaten van het DVP te bespreken met de achterban (IGZ, 2013, p.17).

2.2.2 “VSV Nieuwe stijl”

In september 2013 bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg een rapport uit waarin het VSV Arnhem- De Liemers is geëvalueerd. Een van de adviezen uit dit rapport is om het VSV uit te breiden met de kraamzorg om op deze wijze een sluitende keten te creëren voor de zorg rondom de zwangere en haar kind. Daartoe hebben het VSV en het DVP een werkgroep opgezet om invulling te geven aan de wens om op korte termijn een slagvaardige en proactieve structuur te ontwikkelen waarin de gehele geboortezorgketen is betrokken (Werkgroep VSV plus, 2014, p.3). Deze werkgroep heeft in maart 2014 een voorstel ingediend voor een nieuw VSV waarin een raad, een bestuur, werkgroepen en een klankbordgroep zitting nemen. Het DVP komt met dit voorstel te vervallen, echter deze actoren krijgen elk een andere plek in de nieuwe organisatiestructuur. In de raad neemt van elke samenwerkingspartner één afgevaardigde plaats. Dit houdt in dat de raad bestaat uit de volgende gelederen: de maatschap gynaecologie, ziekenhuis Rijnstate, de kraamzorgorganisaties en de kring Arnhem en omstreken waarin eerstelijns verloskundigen plaatshebben. De raad wordt verantwoordelijk voor de visie, de begroting en het jaarlijks te accorderen activiteitenplan. Het bestuur wordt verantwoordelijk voor de realisatie van de visie en deze wordt vastgesteld door de raad. In het bestuur krijgen meerdere afgevaardigden van elke samenwerkingspartner een zetel. Het bestuur wordt ondersteund door permanente en tijdelijke werkgroepen waarin vraagstukken en opdrachten worden uitgewerkt. In deze werkgroepen kunnen werknemers en leden van de samenwerkende actoren plaatsnemen. Daarnaast is gekozen voor een klankbordgroep waarin andere actoren, die geen deel uitmaken van het VSV, kunnen meespreken over de visie en het jaarlijkse activiteitenplan van het VSV. Dit betreffen o.a. cliëntenraden, zorgverzekeraars, kinderartsen, JGZ en de huisartsen. (Werkgroep VSV Plus, 2014, p.4-6). Deze nieuwe organisatiestructuur is tevens weer te geven in een organogram die hieronder inzichtelijk is gemaakt in figuur 1.



*Figuur 1:
Organogram
VSV nieuwe
stijl
(Werkgroep
VSV Plus,
2014, p.10).*

Deze nieuwe samenstelling van het VSV is op 1 juli 2014 bekrachtigd. In dit onderzoek is er daartoe gekozen het VSV “nieuwe stijl” als onderzoekspopulatie te kiezen. De vier actoren worden derhalve in dit onderzoek meegenomen. Dit onderzoek tracht namelijk een advies te geven over de optimale inrichting van een integraal risicomanagementsysteem en dit zal mogelijk worden geïmplementeerd in het nieuwe VSV. Het is voor dit onderzoek derhalve het meest relevant dat de nieuwe actoren van het VSV worden onderzocht omdat zij zich moeten committeren aan dit nog te ontwikkelen en integrale risicomanagementsysteem.

2.3 Wettelijke verplichtingen

Nederlandse zorginstellingen hebben niet het alleenrecht bij besluiten over de normen inzake kwaliteit en patiëntveiligheid. De Nederlandse overheid en de verenigingen van beroepsbeoefenaren trachten tevens invulling te geven aan het borgen en bevorderen van kwaliteit in zorginstellingen. In paragraaf 2.3.1 worden allereerst twee wetten behandeld die invulling geven aan de eisen die worden gesteld aan zorginstellingen. Vervolgens wordt in paragraaf 2.3.2 beschreven wat verenigingen van beroepsbeoefenaren en ziekenhuizen ondernemen om de kwaliteit te borgen en risico's te verminderen. Tot slot wordt inzicht gegeven in het sinds 2012 verplichte veiligheidsmanagementsysteem in paragraaf 2.3.3.

2.3.1 Wet BIG en KZI

De Nederlandse gezondheidszorg wordt sterk gereguleerd middels wetgeving. Zorginstellingen zijn verplicht zich aan bepaalde kwaliteitswetten te houden. Er is een tweetal wetten in Nederland om de kwaliteit in de gezondheidszorg te borgen, namelijk: de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG) en de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZI). Deze wetten zijn gericht op het borgen van de kwaliteit van zorg en bevatten regels waaraan de geleverde zorg moet voldoen. Deze wetten behoren tot het domein van het publiekrecht en meer in het bijzonder het bestuursrecht. Zij trachten invulling te geven aan de verhoudingen tussen de overheid en burgers, waarbij de overheid bepaalde bevoegdheden worden toegekend. Echter, de overheid neemt een afwachende positie in bij het borgen van kwaliteit. De zorginstelling zelf wordt namelijk primair verantwoordelijk geacht voor het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van zorg. De wetten zijn derhalve vormgegeven als een algemeen kader waarbinnen de zorgaanbieders initiatieven en activiteiten kunnen ondernemen die gericht zijn op het bevorderen en borgen van de kwaliteit van zorg (Hendriks, 2009, p.245-246).

De wet BIG tracht het publiek te beschermen middels het stellen van regels over opleiding, deskundigheidsgebied, de titel, registratie van beroepsbeoefenaren en de toelating van buitenlands gediplomeerden. Op grond van artikel 40 Wet BIG geldt voor beroepsbeoefenaren met een beroeps- of opleidingstitel de verplichting om verantwoorde zorg te leveren. Hiertoe dient een beroepsbeoefenaar zich te voorzien van materieel waardoor de zorg verantwoord kan worden geboden. Deze verplichting wordt ook toegeschreven aan zorginstellingen inclusief de aldaar werkzame beroepsbeoefenaren, op grond van artikel 2 KZI. Op grond van dit artikel wordt bepaald dat de zorgverlening zodanig moet worden georganiseerd, dat de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief van materieel en personeel is voorzien. Bovendien dient een zorginstelling een juiste verantwoordelijkheidsverdeling,

waardoor verantwoorde zorg kan worden geleverd. Beide wetten trachten middels dit artikel de kwaliteit van de zorg te bevorderen en te borgen (Hendriks, 2009, p.245-246).

Verantwoorde zorg wordt derhalve niet alleen als meetbaar verondersteld kwaliteitscriterium gezien, maar is tevens het resultaat van toetsbare randvoorwaarden. Er is een aantal andere eisen neergelegd in de KZI en Wet BIG die tevens invulling geven aan dit procesmatige aspect van het begrip verantwoorde zorg. Zorgaanbieders zijn namelijk verplicht om een (intern) kwaliteitssysteem te creëren en onderhouden, in het kader van de systematische bewaking, beheersing en bevordering van kwaliteit (artikel 4 KZI, art 40 lid 2 Wet BIG). Daarnaast zijn zorginstellingen verplicht om calamiteiten te melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (art 4a KZI). Zij dienen tevens een kwaliteitsjaarverslag uit te brengen (art. 5 KZI) (Hendriks, 2009, p.245-246).

2.3.2 Regulering door beroepsverenigingen en zorginstellingen

Om invulling te geven aan deze wettelijke verplichtingen en in een poging om kwaliteit meetbaar te maken en te beïnvloeden, zijn verenigingen van beroepsbeoefenaren en zorginstellingen hun werkwijzen en processen in grote mate schriftelijk gaan vastleggen. Dit wordt ook wel protocollering genoemd. Naast de door de wet verplichte interne evaluatiemethoden (zoals in paragraaf 2.3.1 is besproken), zijn zorgaanbieders echter ook gebruik gaan maken van externe evaluatie-, visitatie-, certificatie- en accreditatiemethoden. Deze accreditatiemethoden worden niet door de wet verplicht gesteld, toch kan de afwezigheid hiervan verregaande gevolgen hebben voor de (her)registratie van beroepsbeoefenaren, de mogelijkheid contracten af te sluiten met zorgverzekeraars en de waardering van patiënten en publiek (Hendriks, 2009, p.246).

Om de kwaliteit echter nauwkeurig te berekenen en meten, is een veelvoud aan prestatie-indicatoren ontwikkeld. Hendriks (2009, p.246) geeft aan dat: *“Het aantal prestatie-indicatoren schier oneindig is”*. Toch trachten verscheidene organisaties gezamenlijke indicatoren op te stellen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft daartoe in samenspraak met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van UMC's (NFU) en de Orde Medisch Specialisten (OMS) een set prestatie-indicatoren ontwikkeld (de Basisset prestatie-indicatoren), die jaarlijks aan de instellingen wordt voorgelegd. Er is een indeling gemaakt naar zorginhoudelijke en bedrijfsmatige indicatoren, waarbij het beantwoorden van de vragen over bedrijfsmatige indicatoren niet verplicht wordt gesteld. Deze Basisset wordt elk jaar opnieuw vastgesteld en wordt dus elk jaar anders ingericht.

2.3.3 Veiligheidsmanagementsysteem

In 2004 heeft Shell-president-directeur Rein Willems reeds een advies geschreven voor de minister van VWS waarin stond vermeld dat elk ziekenhuis een gecertificeerd VMS zou moeten hebben. De ambitie was om dit per januari 2008 verplicht te stellen, deze ambitie is echter te ambitieus gebleken. Toch is vanaf januari 2008 getracht invulling te geven aan dit VMS. De geformuleerde doelstelling betrof destijds het implementeren van een geaccrediteerd VMS in alle Nederlandse ziekenhuizen voor het einde van 2012 (IGZ, 2009, p.5).

De NVZ, NFU, OMS, de Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV) zijn in januari 2008 een nationaal veiligheidsprogramma gestart met als doelstelling tot een reductie van 50% in vijf jaar tijd te komen wanneer het gaat om onbedoelde schade in de gezondheidszorg. Deze vermindering dient onder andere te worden bereikt middels de implementatie van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS). Een VMS betreft een systematische inventarisatie en beheersing van de veiligheidsrisico's voor de patiënt. Daarnaast biedt een VMS de mogelijkheid tot het uitvoeren van incidentenanalyses en het ontwikkelen van een managementsysteem om fouten te monitoren en aan de hand hiervan verbeteracties op te stellen (IGZ, 2009, p.5; IGZ, 2011, p.7). Dit VMS heeft een aantal speerpunten die zijn ondergebracht in negen thema's, te weten: leiderschap, patiëntenparticipatie, retrospectieve risicoanalyse, prospectieve risicoanalyse, cultuur, medewerkers, monitoren, verbeteren veiligheid van zorg en operationele beheersmaatregelen. Wat betreft de prospectieve risicoanalyse is vastgelegd dat er in de jaren 2009-2012 per jaar vier prospectieve risicoanalyses op verschillende zorgprocessen worden uitgevoerd, gebruikmakend van de gekozen risico-inventarisatie-methode door hiervoor opgeleide medewerkers (IGZ, 2011, p.43-44).

3. Theoretisch kader

3. Theoretisch kader

In Westerse landen is risicomanagement vanaf ongeveer 1900 een geaccepteerde benadering om risico's in organisaties te beheersen. Risicomanagement werd in het begin van de twintigste eeuw voornamelijk toegepast in de financiële en verzekeringssector en was gericht op het verzekeren tegen “natuurlijke” risico's zoals natuurrampen, branden en menselijke fouten (Dickinson, 2001, p.360-361). Echter, vanaf de jaren '70 werd gerealiseerd dat het verzekeren tegen risico's niet de enige mogelijkheid was om risico's te beheersen en dat er tevens een mogelijkheid bestaat om maatregelen te treffen om risico's zelf, en de consequenties hiervan, te verminderen (Wu & Olson, 2009). De laatste decennia is de aandacht derhalve verschoven van repressief risicomanagement (crisismanagement) naar de preventieve aanpak van risico's (risicomanagement) (Muusse, 2006, p.1)

Risicomanagement specifiek in de gezondheidszorg kent zijn oorsprong in de Verenigde Staten en is opgekomen vanaf midden jaren '70 als gevolg van de groeiende wanpraktijken bij de zorginstellingen en zorgverzekeraars. In 1965 is namelijk een tweetal rechterlijke uitspraken gedaan in de Verenigde Staten die tot gevolg hadden dat de medische staf aansprakelijk kon worden gesteld voor de kwaliteit van de geleverde zorg. Deze twee besluiten hebben er toe geleid dat effectief risicobeheer voor ziekenhuizen in belang is gestegen vanwege het toenemende aantal claims tegen ziekenhuizen, hogere schadevergoedingen voor gedupeerden en de slechte publiciteit die hiermee gemoeid ging. De roep om het beheersen van risico's werd steeds groter en heeft allereerst in de Verenigde Staten tot een groter bewustzijn geleid over de veiligheid van de patiënt en het daartoe beheersen van risico's (Singh & Ghatala, 2012, p.417).

Er is reeds een groot aantal onderzoeken gedaan naar de veiligheid van patiënten in de zorgsector. Zo wordt genoemd dat onveilige en potentieel levensbedreigende zorgverlening een grote oorzaak is voor een verhoogd sterftecijfer. Verschillende studies hebben aangetoond dat een groot aantal patiënten te maken krijgt, of zelfs sterft als gevolg van verkeerde zorg in ziekenhuizen (Hayward & Hofer, 2001; Hoonhout, e.a., 2009, in Adibi, Khalesi, Ravaghi, Jafari & Jeddian, 2012, p.15). Andere studies in Canada en Nederland hebben aangetoond dat 2,9% tot 16,6% van het lijden van patiënten voortkomt uit vermijdbare schade en 5-13% van deze groep zelfs sterft als gevolg hiervan (Baker, e.a., 2004; Hoonhout, e.a., 2009, in Adibi e.a., 2012, p.15).

Er is tevens specifiek onderzoek gedaan naar de situatie in de Nederlandse gezondheidszorg. EMGO/NIVEL heeft een onderzoek verricht naar de potentieel vermijdbare schade in 20 Nederlandse ziekenhuizen. Uit de resultaten van deze studie blijkt dat er in 2004 bij 2,3% van de patiënten sprake was van potentieel vermijdbare schade, waarbij er naar schatting 1735 sterfgevallen potentieel vermijdbaar waren. In 2008 is dit onderzoek herhaald. Uit deze nieuwe resultaten bleek dat er geen daling te zien was in het aantal gevallen van potentieel vermijdbare schade, want in 2008 was er bij circa 2,9% van de patiënten sprake van potentieel vermijdbare schade. Een derde meting in 2011-2012 heeft tot een daling van 1% geleid en daarmee komt het aantal patiënten dat schade heeft geleden die potentieel vermijdbaar was op 1,9%. Deze daling wordt deels toegewezen aan het invoeren van het verplichte veiligheidsmanagementsysteem (VMS) in Nederlandse ziekenhuizen in 2008. Dit

verplicht veiligheidsmanagementsysteem zet ziekenhuizen aan tot het inventariseren en beheersen van risico's voor de organisatie, medewerkers en patiënten (EMGO/NIVEL, 2013).

Als gevolg van deze onderzoeken wordt een functionerend en integraal risicomanagementsysteem in de internationale en nationale wetenschap én praktijk van de gezondheidszorg steeds meer gezien als een noodzakelijk organisatieonderdeel om de veiligheid en kwaliteit van de zorg te kunnen borgen (Singh & Ghatala, 2012, p.417).

In dit hoofdstuk wordt de theorie omtrent risicomanagement besproken. Alvorens echter verschillende benaderingen te bespreken, is het allereerst van belang om een eenduidig beeld over risico's en risicomanagement te verkrijgen. Daartoe wordt in paragraaf 3.1 weergegeven welke definities de literatuur kent voor zowel risico's als risicomanagement. In deze paragraaf wordt tevens weergegeven dat een organisatiecultuur waarin veiligheid is geankerd, van groot belang is voor het slagen van een risicomanagementsysteem.

Wanneer hier helderheid in is verschaft, wordt een drietal benaderingen, met elk een eigen invalshoek voor het beheersen van risico's, behandeld. Paragraaf 3.2 geeft inzicht in het gedachtegoed van Enterprise Risk Management (ERM). Er wordt achtereenvolgens besproken wat ERM inhoudt, hoe het proces van ERM eruitziet, welke factoren de (succesvolle) implementatie van ERM bepalen en tot slot komt de kritiek op deze benadering aan bod. In paragraaf 3.3 wordt inzicht gegeven in de theorie inzake High Reliability Organizations. Deze paragraaf geeft allereerst inzicht in de definitie van HRO, waarna de principes van deze benadering worden behandeld. Tevens wordt een aantal onderzoeken over HRO in de gezondheidszorg besproken, waarna de kritiek op deze benadering aan bod komt. Paragraaf 3.4 geeft tenslotte het gedachtegoed van de Normal Accidents Theorie weer. Dit hoofdstuk besluit met een conclusie in paragraaf 3.5.

3.1 Risicomanagement

Alvorens de drie benaderingen omtrent risicomanagement te behandelen, is het allereerst van belang inzicht te krijgen in de definities. In paragraaf 3.1.1 wordt ingegaan op de definitie van risico's. Vervolgens wordt de definitie van risicomanagement weergegeven in paragraaf 3.1.2. Paragraaf 3.1.3 geeft het belang aan van een organisatiecultuur die gericht is op het minimaliseren van risico's.

3.1.1 Definitie risico

De definitie van een risico in de wetenschappelijke literatuur is niet eenduidig. De grillige ontwikkeling van de wetenschappelijke literatuur omtrent risico's en het beheersen hiervan, heeft ervoor gezorgd dat veel auteurs een andere definitie geven (Christensen, Andersen, Duijm & Harremoës, 2003, p.181). Risico's kunnen desalniettemin worden beschouwd in een context waarin individuen en organisaties hun natuurlijke omgeving transformeren naar een beheerste omgeving. Met deze transformatie wordt getracht de omstandigheden van het individu of een organisatie te verbeteren. Bij de uitvoering van deze veranderingen kunnen bedoelde en onbedoelde gevolgen optreden die schade kunnen toebrengen aan de omgeving.

Risico's worden derhalve niet bewust gelopen, maar zijn een gevolg van een handeling (Turner, Clark, Kales, Richards, Mathews & Meyer, 1990).

Hampton (2009, p.4-5) geeft aan dat risico's in drie categorieën kunnen worden ingedeeld. De eerste categorie betreft de mogelijkheid tot het oplopen van letsel of schade. Het gaat hierbij om de kans dat er iets verloren gaat. Bij een risico kan tevens sprake zijn van negatieve impact; er zou iets mis kunnen gaan. Tot slot kan een risico betrekking hebben op de kans op een ongewenste gebeurtenis.

IEC (2002, in Mensink, 2011, p.11) omschrijft een risico als het effect van onzekerheid op doelstellingen. Kirschenmann (2001, p.3) geeft tevens aan dat een risico betrekking heeft op onzekerheid. Risico's spelen volgens deze auteur echter specifiek in een context van beslissingen; het nemen van een beslissing kent onzekerheid omdat andere keuzes niet worden genomen. Bovendien kan een actor niet alle gevolgen van een keuze overzien. Elke keuze brengt andere (onvoorziene) gevolgen teweeg en kent derhalve een eigen onzekerheid.

Ale (2002) geeft daarentegen aan dat een risico bestaat uit twee dimensies, namelijk: de omvang van de consequentie en de kans of frequentie dat de consequentie optreedt. Sherif (1991) deelt deze mening maar voegt hieraan toe dat de consequentie daadwerkelijk ongewenst, ofwel negatief, moet zijn.

In dit onderzoek wordt een risico omschreven als een onzekerheid waarbij de grootte van het risico wordt bepaald door de kans dat de consequentie optreedt en de omvang of ernst van de consequentie. Hierbij dient wel een afbakening te worden gemaakt naar negatieve consequenties; een risico wordt gezien als een negatief gevolg van een beslissing.

3.1.2 Definitie risicomanagement

Risicomanagement is tevens een diffuus begrip dat niet in één zin kan worden weergegeven. De wetenschappelijke literatuur omtrent risicomanagement kent namelijk vele definities voor het managen van risico's. In 't Veld (2001, p.7) definieert risicomanagement als het: *“Planmatig beheersen of minimaliseren van de risico's waaraan een bedrijf (of organisatie) blootstaat”*. Singh en Gathala (2012, p.417) definiëren risicomanagement als een systematisch proces van identificeren, evalueren en aanpakken van potentiële en feitelijke risico's. Hierbij wordt tevens genoemd dat risicomanagement het beschermen van de activa betreft, waarbij financiële verliezen voor de organisatie worden geminimaliseerd. Tevens geven zij aan dat risicomanagement een proactieve functie vereist waarbij maatregelen worden genomen om de ernst en frequentie van onverwachte incidenten te verminderen en om de betrouwbaarheid van de prestaties te vergroten.

Ook in de medische literatuur wordt geschreven over risicomanagement waarbij wordt gewezen op het minimaliseren van risico's van een organisatie door het ontwikkelen van systemen voor het identificeren en analyseren van mogelijke gevaren voor ongevallen, letsel en andere nadelige gebeurtenissen (Dückers, Faber, Cruijsberg, Grol, Schoonhoven & Wensing, 2009, p.1).

Uit de gegeven definities blijkt dat risicomanagement betrekking heeft op het systematisch identificeren, evalueren en beheersen van risico's, dit wordt derhalve ook in dit onderzoek als definitie gebruikt.

3.1.3 Organisatiecultuur bij risicomanagement

Het belang van een organisatiecultuur waarin risicomanagement is geankerd, wordt in veel wetenschappelijke literatuur erkend. Een goed risicomanagementsysteem houdt een permanente alertheid van alle medewerkers op wijzigingen in de organisatie en haar omgeving in zodat hierop kan worden ingespeeld; juist omdat niet alle risico's voorzienbaar of te voorkomen zijn. Risicomanagement blijkt zich in de praktijk sterk te richten op het beheersen van de harde en zakelijke aspecten van de bedrijfsvoering, zoals vastgelegd in regels en procedures. Deze zakelijke aspecten vragen van medewerkers dat zij kennis hebben van de handelingen zoals zij moeten worden uitgevoerd. Zij worden tevens geacht te handelen naar deze procedures. Echter, het succes van een risicomanagementsysteem is niet alleen gelegen in de harde en zakelijke aspecten van de bedrijfsvoering, maar heeft veeleer te maken met de betrokkenheid, verantwoordelijkheid en deskundigheid van de medewerkers. Een dergelijk risicomanagementsysteem kan daarom alleen succesvol zijn als tevens aandacht wordt besteed aan de cultuurkant van de organisatie; de wil en het vermogen van de werknemers om het systeem succesvol te laten zijn (INK, 2009, p.11; Deloitte, 2009).

Veiligheidscultuur in de gezondheidszorg

De organisatiecultuur wordt ook in de literatuur over de gezondheidszorg als belangrijke factor gezien bij het succesvol functioneren van een risicomanagementsysteem. Verbano en Turra (2010, in Adibi, e.a., 2012, p.5) hebben in Italië onderzoek verricht naar de menselijke fouten en het hebben van een risicomanagementsysteem in de gezondheidszorg. Zij concludeerden dat de houding en cultuur jegens risico's en de genomen beheersmaatregelen in ziekenhuizen sterk kunnen verschillen. Er wordt derhalve opgeroepen om een landelijk klinisch beleid vast te stellen waarin het belang van risicomanagement wordt onderkend, om op deze wijze de veiligheid in alle ziekenhuizen te vergroten.

Een succesvol risicomanagementsysteem in de gezondheidszorg vraagt om de medewerking van werknemers bij het rapporteren van fouten of potentiële risico's. Echter, niet altijd wordt ervoor gekozen om fouten te rapporteren, met name als gevolg van angst voor de "*blame en shame*" cultuur. Wanneer medewerkers angstig zijn voor het rapporteren van incidenten en zij dit derhalve achterwege laten, kunnen grove (structurele) risico's niet worden gesignaleerd noch beheerst. Het belang van een lerend risicomanagementsysteem waarin veroordeling van eventuele fouten uitblijft, is derhalve erg belangrijk om te kunnen leren van alle mogelijke risico's waaraan een organisatie blootstaat (United States General Accounting Office, 2000).

Het managementteam van een organisatie kent een belangrijke rol in het verankeren van een veiligheidscultuur die gericht is op het minimaliseren van risico's. Zij moeten in staat zijn draagvlak te creëren en hebben mandaat nodig voor het invoeren van een dergelijk risicomanagementsysteem. Er wordt verondersteld dat een risicomanagementcultuur succesvoller kan bestaan, wanneer deze cultuur tevens wordt gestimuleerd en gehanteerd door het managementteam (Dingemans & Rutgers, n.d.).

De organisatiecultuur wordt gezien als een belangrijke factor voor het al dan niet slagen van een risicomanagementsysteem. In de komende paragrafen (3.2 tot en met 3.4) wordt een aantal benaderingen behandeld met elk een eigen gedachtegang over de optimale inrichting van een risicomanagementsysteem. Echter, deze benaderingen kennen een overeenkomst in het feit dat elk van deze risicomanagementsystemen verankerd zou moeten zijn in de organisatiecultuur om succesvol te kunnen functioneren.

3.2 Enterprise Riskmanagement

Enterprise Riskmanagement (ERM) is één van de wijzen waarop organisaties kunnen omgaan met risico's. ERM betreft een weldoordachte top-down aanpak van risico's, waarbij er van uit wordt gegaan dat improvisatie bij risicovolle gebeurtenissen tekortschiet (INK, 2009, p.4; Dickinson, 2001, p.363). Enterprise Risk Management uit zich daardoor veelal in protocollen en regels die door beroepsbeoefenaren moeten worden uitgevoerd (Dückers, Faber, Cruisberg, Grol, Schoonhoven & Wensing, 2009, p.1).

ERM wordt tevens gekenmerkt door een integrale aanpak van risico's. Van oudsher werd risicomanagement per organisatieonderdeel uitgevoerd. Risico's omtrent financiën werden op de financiële afdeling aangepakt, terwijl operationele risico's in individuele onderdelen op de operationele afdelingen werden beheerst. Enterprise Risk Management geeft hier niet de voorkeur aan en tracht juist alle risico's als risico voor de gehele organisatie te beschouwen en wil derhalve risicomanagement op een holistische wijze toepassen (Liebenberg & Hoyt, 2003, p.39; D'Arcy, 2001, p.2).

De Nederlandse gezondheidszorg kent tevens een groot aantal protocollen die moeten worden nageleefd door de beroepsbeoefenaren. Bovendien wordt van ziekenhuizen verwacht dat zij risico's integraal inventariseren en beheersen (IGZ, 2011). Enterprise Risk Management is derhalve een veel gekozen methode om risico's in de gezondheidszorg te inventariseren en beheersen. Zoals reeds is genoemd in het beleidskader, heeft ook ziekenhuis Rijnstate voor een op de ERM-theorie gebaseerd risicomanagementsysteem gekozen.

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan deze benadering. De gedachten achter ERM worden allereerst verwoord in paragraaf 3.2.1. Vervolgens wordt het proces van risicomanagement beschreven in paragraaf 3.2.2. De factoren die de implementatie van ERM bepalen, worden in paragraaf 3.2.3 behandeld. Paragraaf 3.2.4 geeft weer welke voorwaarden worden gesteld aan een effectief ERM-systeem. Paragraaf 3.2.5 beschrijft de kritiek op de ERM-theorie. Deze paragraaf besluit met een korte samenvatting in paragraaf 3.2.6.

3.2.1 Beschrijving ERM

Enterprise risks, ofwel organisationele risico's, hebben betrekking op de mate waarin de resultaten van een bedrijf verschillen van de intentionele resultaten zoals vermeld in de doelstellingen. De gekozen handelingen waarmee wordt getracht de doelstellingen te behalen, kent een bepaald risicoprofiel dat wordt bepaald door verschillende factoren die invloed hebben op de processen in de organisatie. Een reeks van interne en externe factoren kunnen er derhalve toe leiden dat de resultaten van de genomen activiteiten afwijken van de gekozen doelstellingen. De interne factoren hebben betrekking op menselijke fouten, fraude of

productieonderbrekingen. Deze interne factoren worden ook wel “*operationele risico’s*” genoemd (Dickinson, 2001, p.361-362). De externe factoren worden bepaald door de markt waarin een organisatie werkzaam is. Het toetreden van nieuwe concurrenten of de veranderende smaak van de consument kunnen hiertoe behoren. Andere externe factoren zijn moeilijker door organisaties te beïnvloeden, zoals de economie en de veranderingen in de politieke, juridische, technologische en demografische context van een organisatie. Ondanks het feit dat veel van deze externe factoren buiten de beïnvloedingssfeer van de organisatie liggen, wordt er toch van een organisatie verwacht dat zij een actief risicomanagementsysteem heeft waarmee zij veerkrachtig en flexibel omgaat met de veranderingen in de omgeving (Dickinson, 2001, p.361-362).

Daartoe is getracht een managementsysteem te ontwikkelen om in te spelen op de veranderingen in de omgeving. Enterprise Risk Management biedt een dergelijk raamwerk voor risicomanagement. Uitgangspunt hierbij is dat iedere organisatie haar bestaansrecht ontleent aan de waarde die zij genereert voor haar belanghebbenden. Deze waarde creatie wordt beïnvloed door tal van onzekerheden. Deze onzekerheden bevatten risico’s en kansen en leiden tot waarde verkleining, respectievelijk waarde vergroting (INK, 2009, p.8). Een organisatie dient daartoe te streven naar een systeem waarmee zoveel mogelijk risico’s worden beheerst waardoor de waarde verkleining wordt geminimaliseerd

Het bewerkstelligen van een dergelijk systeem is echter erg complex gezien de integrale aanpak van risico’s; het ERM-raamwerk reikt immers tot in alle terreinen van de organisatie. Het is derhalve niet verwonderlijk dat er veel definities van ERM in de wetenschappelijke literatuur bekend zijn. Hampton (2009, p.18) geeft aan dat er drie categorieën van definities omtrent ERM te erkennen zijn. De strategische definities hebben betrekking op de resultaten van een organisatie en deze worden uitgedrukt in de organisationele doelstellingen. De functionele definitie betreft ERM in termen van activiteiten om risico’s te verminderen. Tot slot is de procesdefinitie gericht op ondernomen acties door managers om risico’s te beheersen. Hampton (2009, p.18) geeft een definitie waarin deze elementen te zien zijn: “*ERM is the process of identifying major risks that content an organization, forecasting the significance of those risks in business processess, adresssing the risks in a systematic and coordinated plan, implementing the plan and holding key individuals responsible for managing critical risks within the scope of their responsibilities*”.

In 2004 heeft “*The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission*” (COSO) tevens een framework voor ERM gecreeërd. Deze vorm van risicomanagement houdt het volgende in:

[A] process, effected by an entity’s board of directors, management and other personnel, applied in strategy setting and across the enterprise, designed to identify potential events that may affect the entity, and manage risk to be within its risk appetite, to provide reasonable assurance regarding the achievement of entity objectives (COSO, 2004, p.2).

In zowel de eerste als tweede definitie wordt gezinspeeld op een proces dat moet plaatsvinden om risicomanagement te integreren in de organisatiecultuur. Allereerst wordt genoemd dat risico's geïdentificeerd moeten worden, waarna een plan zou moeten worden geschreven waarmee individuen verantwoordelijk kunnen worden gesteld voor hun activiteiten. Op deze wijze wordt getracht risico's te beheersen. In de volgende paragraaf wordt het proces van ERM verder uitgewerkt.

3.2.2 Proces van Enterprise Risk Management

Het implementeren van een risicomanagementsysteem wordt gekenmerkt door een aantal fasen. In 't Veld (2001, p.9) erkent een aantal fasen in het proces van risicomanagement. Allereerst moeten doelstellingen worden geformuleerd. Vervolgens kunnen risico's worden geïnventariseerd (stap 2) en geëvalueerd (stap 3). Stap 4 betreft het bedenken van maatregelen waarna in stap 5 een risicomanagementprogramma kan worden opgesteld. Dit programma dient in stap 6 te worden geïmplementeerd, waarna in stap 7 de resultaten worden gemeten en geëvalueerd. Ook Ackerman (2001, in D'Arcy, 2001, p.20) benoemt deze stappen en voegt hieraan toe dat risicomanagement een continu doorlopend proces is waardoor stap 7 moet worden gevolgd door het herhalen van stap 1.

1. Doelstellingen formuleren

Om risicomanagement in een organisatie te kunnen implementeren, is het van belang dat de directie of Raad van Bestuur van een organisatie beleid formuleert en dit vastlegt in een plan. In een dergelijk beleidsplan staat geformuleerd wat de doelstellingen zijn, welke activiteiten worden ondernomen om deze doelen te realiseren, welke procedures worden bewandeld, welke verantwoordelijkheden en bevoegdheden er gelden en tenslotte welke middelen beschikbaar worden gesteld (In 't Veld, 2001, p.9).

2. Risico's inventariseren

Uitgaande van de vastgestelde doelen, inventariseert de organisatie wat de grootste risicofactoren zijn die het realiseren van de doelstellingen kunnen belemmeren. Om deze risico's op een systematische wijze te inventariseren en in kaart te brengen, wordt veelal gebruik gemaakt van een bepaalde methode. Muusse (2006, p.9) noemt een aantal methoden om de risico's te inventariseren, zoals: risicolijsten, brainstormmatrixen, SWOT-analyses en inspecties en observaties. Bij al deze methoden wordt gelet op een drietal zaken. Allereerst; wat kan er misgaan en tot welk gevolg leidt dit? Ten tweede; hoe ernstig is dat gevolg? Tot slot; wat is de kans dat dit gebeurt? Deze vorm van inventarisatie kan zowel toegepast worden voor korte- als lange-termijn risico's (In 't Veld, 2001, p.10; Muusse, 2006, p.11).

Een andere methode om risico's in te delen, is volgens de aandachtsgebieden van het INK-model. Dit model bevat alle bedrijfsvoerings-aspecten waardoor de risico-inventarisatie integraal en voor de gehele organisatie kan worden uitgevoerd. Het INK-model is weergegeven in figuur 1 (INK, 2009, p.13).

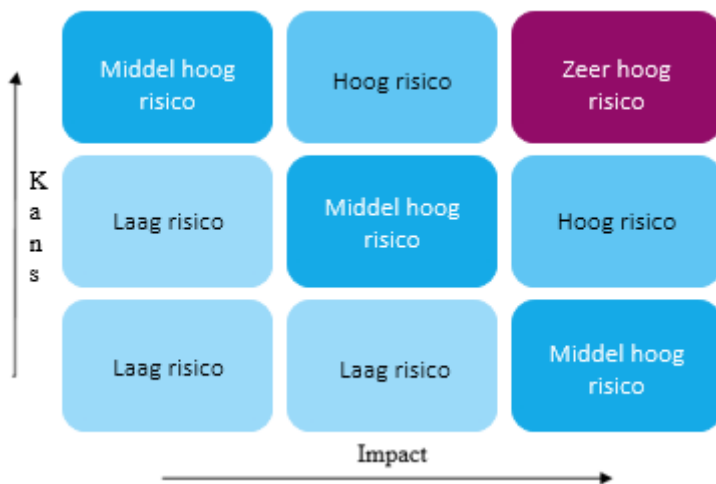


Figuur 1: INK-model

Ongeacht de gekozen methode, wordt door In 't Veld gewezen op het belang van een voortdurende risico-inventarisatie. Het uitvoeren van een risico-inventarisatie wordt namelijk niet gezien als een eenmalige activiteit, maar dient voortdurend te worden uitgevoerd om op deze wijze tijdige informatie over veranderingen in de organisatie of omgeving te verkrijgen (In 't Veld, 2001, p.11).

3. Risico's evalueren

Het resultaat van de risico-inventarisatie uit stap 2 is een lijst van mogelijke risico's. De volgende stap betreft de evaluatie van deze risico's en dit omvat twee aspecten. Het eerste bestaat uit het wegen of taxeren van een risico, door bijvoorbeeld het vergelijken van de gevonden risico's met de gehanteerde normen of richtlijnen. Het tweede aspect heeft betrekking op het toekennen van een waardeoordeel aan de risico's; het beoordelen van een risico (In 't Veld, 2001, p.11). Risicobeoordeling heeft als taak het identificeren en verkennen van de risico's waarbij wordt gelet op de *intensiteit* en *waarschijnlijkheid* (ofwel *frequentie*) van een risico. (Renn, 2008, p.7). Bij deze risicobeoordeling kan tevens worden gelet op de risicobeleving en -acceptatie van de direct betrokkenen (In 't Veld, 2001, p.11; Renn, 2008, p.7). De grootte en mogelijke acceptatie van het risico wordt, met andere woorden, bepaald door de kans dat een risico voorkomt maal het gevolg of de consequentie van het risico. Risico's kunnen worden ingedeeld in onderstaande matrix (figuur 2), waarbij de kans en de impact bepalen in hoeverre er sprake is van een groot risico. Naarmate een risico groter is, wordt deze een hogere prioriteit toegekend. Het resultaat van deze derde stap is een rangorde of prioritering van de risico's en beheersing hiervan (In 't Veld, 2001, p.11).



Figuur 2: Risicomatrix.

4. Risicobeheersing

Zodra de risico-evaluatie heeft plaatsgevonden, kan risicomanagement ertoe leiden dat de risico's worden voorkomen, verminderd of gewijzigd. Hiertoe dienen echter passende beheersmaatregelen te worden genomen. Risicobeoordeling (stap 3) betreft derhalve een instrument voor het verkrijgen van informatie over de risico's, terwijl risicomanagement of beheersing (stap 4) wordt gezien als een hulpmiddel om risico's te beheersen (Renn, 2008, p.7).

Bij het beheersen van risico's, worden vier benaderingen in de wetenschappelijke literatuur erkend. Allereerst kan er sprake zijn van *risicovermijding*, wat betrekking heeft op het stoppen van risicodragende activiteiten. Ten tweede wordt *risicoreductie* erkend waarbij de risico's worden geminimaliseerd door technische, organisatorische en gedragsbeïnvloedende maatregelen. Er kan tevens sprake zijn van *risicoretentie* waarbij geen maatregelen worden genomen; de risico's blijven bestaan omdat zij niet worden onderkend of omdat de verliezen op de koop worden toegenomen. Tot slot wordt *risicoverplaatsing* genoemd waarbij wordt gepoogd de risico's te verplaatsen naar een andere organisatie, bijvoorbeeld middels het verzekeren tegen risico's. Veelal wordt met risicomanagement ingestoken op *risicoreductie* waarbij op een zo efficiënt mogelijke manier risico's worden geminimaliseerd (In 't Veld, 2001, p.12; INK, 2009, p.10). Wanneer een organisatie heeft besloten hoe er met de gevonden risico's wordt omgegaan, kan een risicomanagementprogramma worden opgesteld. Dit wordt in de volgende stap verwoord.

5. Risicomanagementprogramma opstellen

De rangorde van risico's, die het resultaat is van de evaluatie (stap 3), vormt het uitgangspunt voor het treffen van maatregelen. Hierbij erkent in 't Veld (2001, p.13-14) dat het voor een organisatie het meest doeltreffend is om een strategie te volgen waarbij *risico's aan de bron worden bestreden*. Het gebruiken van een strategie heeft als voordeel dat er systematisch kan worden nagedacht over de prioritering van de beheersmaatregelen. Bij deze prioritering is het mogelijk een driedeling aan te brengen: maatregelen die verplicht zijn, maatregelen die noodzakelijk zijn en maatregelen die gewenst zijn. De eerste categorie wordt gevormd door wettelijke verplichtingen en de organisatie heeft hierin derhalve geen keuze. De tweede en

derde categorie beheersmaatregelen wordt bepaald door de rangorde van risico's die in de evaluatie centraal stond. De organisatie heeft bij deze risico's een keuze in welke risico's het eerst worden geminimaliseerd. Hierbij dient derhalve een afweging tussen kosten en baten te worden gemaakt. Wanneer hierover is besloten, kan een risicomanagementprogramma worden opgesteld. In een dergelijk programma worden veel zaken weergegeven, zoals: op welke termijn moeten welke maatregelen worden getroffen, wie voert wat uit, wie is waarvoor verantwoordelijk en wie rapporteert hierover en hoe wordt dit gedaan (In 't Veld, 2001, p.16).

6. Implementeren van beheersmaatregelen

Bij het implementeren van de beheersmaatregelen, wordt gewezen op de verschillende wijzen waarop dit kan plaatsvinden. Maatregelen kunnen enerzijds top-down worden ingevoerd, waarbij het management van bovenaf beslist welke maatregelen worden uitgevoerd (Muusse, 2006, p.15). Het management heeft hierbij wel de taak om het risicomanagementprogramma actief te steunen om op deze wijze het operationele deel van de organisatie te stimuleren (in 't Veld, 2001, p.17). Anderzijds kan er gekozen worden voor een bottom-up benadering, waarbij het operationele deel van de organisatie de mogelijkheid krijgt deel te nemen in de invoering van de plannen (Muusse, 2006, p.15-16).

7. Resultaten meten en evalueren

Het meten van de resultaten houdt het objectief registreren en vastleggen van gegevens in. Wanneer hier informatie over is verkregen, kan worden gekeken of de ingevoerde maatregelen succesvol zijn. De essentie in deze fase is de terugkoppeling, waarbij wordt gekeken of de geformuleerde doelstellingen uit stap 1 zijn bereikt en of deze doelstellingen of beheersmaatregelen moeten worden aangepast (In 't Veld, 2001, p.18; Muusse, 2006, p.17).

Het risicomanagementproces kent een aantal stappen die moeten worden doorlopen om de risico's van een organisatie te inventariseren, beheersen en evalueren. Deze stappen zijn zojuist behandeld. Voordat een organisatie een risicomanagementsysteem kan toepassen, dient een dergelijk systeem echter te worden geïntroduceerd en geïmplementeerd.

Het VSV Arnhem- De Liemers tracht tevens een integraal risicomanagementsysteem te ontwikkelen waaraan alle betrokken actoren zich committeren. Een dergelijk risicomanagementsysteem is voor wat betreft het VSV Arnhem- De Liemers nog niet aanwezig en dient te worden geïmplementeerd in dit samenwerkingsverband. Paragraaf 3.2.3 besteed aandacht aan de in de wetenschappelijke literatuur bekende factoren die de implementatie van het ERM-gedachtegoed beïnvloeden.

3.2.3 Factoren die implementatie van ERM bepalen

Opvallend is het feit dat er weinig bekend is in de wetenschappelijke literatuur over de redenen waarom ERM in sommige organisaties wel succesvol kan worden geïmplementeerd, terwijl dit in andere organisaties een erg moeizaam proces is (Beasley, Clune, Hermanson, 2005, p.523). Er is desalniettemin toch een aantal factoren aan te wijzen die de implementatie van een risicomanagementsysteem bepalen.

Allereerst wordt gewezen op de *wettelijke richtlijnen* die een drijfveer kunnen zijn om Enterprise Risk Management in een organisatie in te voeren. In West-Europese landen is het toezicht in veel sectoren, waaronder de gezondheidszorg, sterk toegenomen in de afgelopen decennia. Er wordt van organisaties een meer gestructureerde en systematische wijze van risicomanagement verwacht. Bovendien wordt gevraagd om een meer integrale wijze van het beheersen van risico's. Daartoe wordt steeds meer overgegaan tot het formuleren van standaarden en richtlijnen, zoals tevens wordt gestimuleerd door het ERM-gedachtegoed (Kleffner, Lee, McGannon, 2003, p.55-57).

Kleffner, Lee en McGannon (2003, p.57) wijzen bovendien op de invloed van organisatiekenmerken, zoals de *grootte van de organisatie*. Zij verwachten dat een grotere organisatie eerder geneigd is om te kiezen voor een integraal risicomanagementsysteem, daar zij een uitgebreidere risicomanagementstrategie nodig hebben. De grootte van een organisatie wordt door Colquitt, Hoyt en Lee (1999, p.54) tevens als belangrijke factor bevonden voor het gebruik van een ERM strategie

Tevens wordt de *rol van de risicomanager* van belang geacht voor het implementeren van een integraal risicomanagementsysteem. Juist omdat ERM vraagt om een integrale aanpak van alle risico's van een organisatie, is er sprake van een grote verscheidenheid in verschillende soorten risico's. Er is derhalve kennis nodig van meerdere professionals om op deze wijze de risico's in de verschillende gebieden van de organisatie in te schatten. Dit proces dient te worden ondersteund door een risicomanager (D'Arcy, 2001, p.19). Bovendien wordt beargumenteerd dat steun van de Raad van Bestuur kan helpen bij het invoeren van een integraal risicomanagementsysteem (Kleffner, Lee & McGannon, 2003; Liebenberg & Hoyt, 2003; Colquitt, Hoyt & Lee, 1999, p.54).

Ook in de wetenschappelijke literatuur over de gezondheidszorg wordt gesproken over het belang van de rol van de manager en de raad van bestuur. Zij zouden het belang van een risicomanagementsysteem moeten prioriteren, om op deze wijze de patiëntveiligheid te vergroten en risico's hieromtrent te verkleinen (Moi Lin, 2005). De betrokkenheid van managers en de raad van bestuur wordt als belangrijke factor ervaren bij het succesvol implementeren van een risicomanagementsysteem in ziekenhuizen (Zaboli, Tofighi, Delavari & Mirhashemi, 2007, in Adibi, e.a., 2012, p.5).

Tot slot wordt het grote belang van de *organisatiecultuur* genoemd. Wanneer de organisatiecultuur gericht is op het beheersen van risico's, is het makkelijker een integraal systeem in te voeren en worden eenvoudiger de doelen bereikt. Echter, in de bedrijven die een dergelijke cultuur niet kennen, wordt het als uiterst onwaarschijnlijk gezien dat er een integraal risicomanagementsysteem kan worden geïmplementeerd (Kleffner, Lee & McGannon, 2003, p.65).

Obstakels bij implementatie van risicomanagementsysteem

Anderzijds wordt een aantal obstakels genoemd die de implementatie van ERM kunnen bemoeilijken (Kleffner, Lee & McGannon, 2003, p.64-65). Allereerst wordt genoemd dat het denken in individuele en gescheiden “*silo's*” het implementeren van een integraal risicomanagementsysteem kan bemoeilijken. Een integraal risicomanagementsysteem vraagt om een collectieve kijk op alle risico's die een organisatie mogelijkwerijs kan tegenkomen. Het “*hokjes denken*” kan deze integrale wijze van risicomanagement bemoeilijken. Ten tweede wordt genoemd dat bij het uitvoeren van een risicoanalyse alle risico's van de gehele organisatie worden gekwantificeerd. Veel organisaties schrikken echter terug bij het zien van de grote taak als gevolg van het integraal aanpakken van de risico's. Zij worden ondergedompeld in een veelheid aan risico's, waardoor zij het geheel niet meer kunnen overzien. Als derde punt wordt de recessie genoemd als obstakel bij het implementeren van een integraal risicomanagementsysteem. De recessie heeft ertoe geleid dat de implementatie van ERM een vertraging heeft opgelopen, mede omdat het moeilijk is om de waarde van een integraal risicomanagementsysteem te meten.

3.2.4 Effectief ERM-systeem

Om te kunnen beoordelen of en wanneer er sprake is van een optimaal risicomanagementsysteem, is het belangrijk concrete criteria te gebruiken op basis waarvan kan worden bepaald wat een optimaal risicomanagementsysteem inhoudt. In deze paragraaf zullen daartoe de belangrijkste kenmerken van een effectief ERM-systeem worden behandeld. Dit kan immers tevens als richtlijn dienen voor het implementeren van een risicomanagementsysteem in het VSV Arnhem- De Liemers.

De *International Organisation for Standardization* (ISO) is een internationaal instituut dat standaarden ontwikkelt en bepleit. Er is door deze organisatie in 2009 een standaard ontwikkeld voor risicomanagement (ISO31000) die tot doel heeft dat alle actoren dezelfde vaktaal spreken. Er is daartoe een lijst met beoordelingscriteria ontwikkeld waarmee kan worden beoordeeld of een organisatie een effectief Enterprise Risk Managementsysteem hanteert. Een aantal aspecten hiervan betreft: Het hebben van een duidelijke risicomanagementfilosofie, het werken met een risicomanagementraamwerk, het werken met concrete risicocriteria, toepassing van het risicomanagementproces, het werken met concrete doelstellingen, het meten van resultaten, constante terugkoppeling, goede verslaglegging en communicatie, het voortdurend proberen om het risicomanagement in de organisatie te verbeteren, mandaat en toewijding om het risicomanagementsysteem te implementeren en coördinatie van bovenaf (ISO, 2009, in Mensink, 2011, p.20). Een volledige lijst met de voorwaarden van ISO is opgenomen als bijlage (zie bijlage 1). De assumptie is dat wanneer aan deze aspecten wordt voldaan, er een effectief risicomanagementsysteem kan worden geïmplementeerd of reeds aanwezig is.

3.2.5 Kritiek op ERM-theorie

Er is een aantal obstakels te onderkennen in de wetenschappelijke literatuur omtrent ERM. Allereerst wordt benoemd dat het moeilijk is om organisaties die ERM toepassen te identificeren. Organisaties maken veelal niet bekend of zij al dan niet op integrale wijze risico's managen. Organisaties maken veelal bekend welke specifieke risico's zij kennen, maar hiermee wordt geen uitspraak gedaan over de wijze waarop het risicomanagement wordt vormgegeven (Liebenberg & Hoyt, 2003).

De literatuur over Enterprise Risk Management is bovendien sterk gefocust op de harde kant van een organisatie; het top-down inrichten van een risicomanagementsysteem middels regels en protocollen. Zoals reeds is genoemd in paragraaf 3.1.3 wordt echter tevens de menselijke kant van de organisatie van belang geacht voor het succesvol implementeren en functioneren van een risicomanagementsysteem (INK, 2009). Immers, wanneer werknemers betrokken zijn bij, en zich verantwoordelijk voelen voor een veilige organisatie, komt dit het risicomanagement en de kwaliteit van de organisatie ten goede. De bestudeerde ERM-literatuur besteedt echter geen aandacht aan deze menselijke kant van de organisatie. Wel wordt het belang van een organisatiecultuur gericht op veiligheid onderkend. Er worden daarentegen geen handvatten geboden om het risicomanagementsysteem op een dusdanige manier in te richten dat dit in de organisatiecultuur kan worden verankerd. Dit kan worden gezien als een tweede beperking in de theorie omtrent Enterprise Risk Management.

3.2.6 Resumerend

In paragraaf 3.2 stond het gedachtegoed rondom Enterprise Risk Management centraal. ERM wordt gezien als een proces waarin risico's worden geïnventariseerd, geëvalueerd en planmatig worden beheerst. Dit proces is uitgebreider besproken in paragraaf 3.2.2. In de wetenschappelijke literatuur over ERM wordt een aantal factoren benoemd die de implementatie van een integraal risicomanagementsysteem beïnvloeden. Gewezen wordt op de wettelijke verplichtingen, de grootte van de organisatie, de rol van de risicomanager en de organisatiecultuur. Bovendien is een aantal voorwaarden voor een effectief ERM-systeem aan bod gekomen. Er is tevens kritiek op de benadering behandeld. Hierbij is gewezen op het feit dat organisaties niet aangeven of zij gebruikmaken van een integraal risicomanagementmodel. Hierdoor wordt het wetenschappelijk onderzoek naar ERM bemoeilijkt. Bovendien is benoemd dat ERM veelal is gefocust op de harde aspecten van risicomanagement, terwijl risicomanagement tevens verankerd zou moeten zijn in de organisatiecultuur om succesvol te kunnen zijn.

3.3 High Reliability Organization theory

Het doel van risicomanagement in de gezondheidszorg is gericht op het behalen van een zo veilig mogelijke organisatie door het inschatten en beheersen van risico's. Er is een aantal wijzen waarop dit kan worden gerealiseerd. Er is zojuist al ingegaan op het gedachtegoed van ERM waar het om het top-down beheersen van risico's middels beheersmaatregelen en protocollen gaat. Er is het laatste decennium veel geïnvesteerd in dergelijk risicomanagement om organisaties betrouwbaarder te maken, maar het rendement is zelden zo hoog als vooraf wordt gedacht (De Bruine, Noordhoek & Tjon Tam Pau, 2010, p.38). High Reliability

Organizations (HRO's) trachten derhalve op een andere wijze kwaliteit, betrouwbaarheid en veiligheid in een organisatie te bewerkstelligen. Een HRO betekent letterlijk vertaald een hoog betrouwbare organisatie; deze organisaties kennen grote risico's, waar tevens grote gevolgen mee zijn gemoeid. In de praktijk wordt er echter onder hoge druk toch goed gefunctioneerd (Weick & Sutcliffe, 2007, p.x). Deze auteurs geven een aantal voorbeelden van deze organisaties waarvan (spoedeisende) gezondheidszorg er één is. Tevens worden de ruimtevaartsector, de kernenergiesector en de geheime dienst als HRO's bestempeld.

In deze paragraaf wordt allereerst een beschrijving van HRO's gegeven, waarbij tevens inzicht wordt verschaft in het ontstaan van deze benadering. Vervolgens wordt in paragraaf 3.3.2 een aantal principes behandeld die centraal zouden moeten staan in organisaties die streven naar een veilige organisatie. In paragraaf 3.3.3 wordt ingegaan op de reeds uitgevoerde onderzoeken omtrent HRO's in de gezondheidszorg. Ook de kritiek op deze benadering komt aan bod in paragraaf 3.3.4. Deze paragraaf wordt afgesloten met een korte terugblik (paragraaf 3.3.5).

3.3.1 Beschrijving HRO

Alvorens een beschrijving van een HRO te geven, wordt allereerst kort het ontstaan van deze benadering behandeld. Deze benadering is namelijk opgekomen als reactie op de gebeurtenissen op Three Miles Island.

Ontstaan benadering

Three Miles Island kende in 1979 een dreigende meltdown in de kerncentrale en dit werd door Perrow (1984, in De Bruine, e.a., 2010, p.38) als een normaal ongeluk beschouwd omdat deze organisatie zou worden blootgesteld aan een dermate complex en interactief proces dat niet alle risico's kunnen worden ingeschat noch beheerst. Hij stelt daartoe dat risico's in deze complexe organisaties niet volledig kunnen worden vermeden. Deze theorie wordt nader besproken in paragraaf 3.4.

Echter, Roberts stelt dat dit wel mogelijk is en gebruikt in 1993 voor het eerst de term High Reliability Organization voor organisaties die minder ongelukken hebben dan je zou verwachten gezien de complexiteit en verantwoordelijkheden van de werkzaamheden (Roberts, 1993, in De Bruine, e.a., 2010, p.38).

Beschrijving High Reliability Organizations

La Porte en Consolini beschrijven reeds in 1991 (p.25) dat het voor organisaties van belang is om maatregelen te nemen om risico's te vermijden. Regels dienen, waar mogelijk, te worden uitgeschreven en er zouden meerdere besluitvormingsstructuren moeten worden ingericht om risico's te beheersen. Dit komt overeen met het risicomanagement zoals reeds is beschreven in paragraaf 3.2, waarin het gedachtegoed van Enterprise Risk Management centraal stond.

Deze regels worden gezien als winst om risico's te vermijden, maar er wordt tevens gesteld dat dit niet voldoende is om een HRO te realiseren (De Bruine, e.a., 2010, p.39). Er zou namelijk, naast de gedragsmatige kaders waarbinnen moet worden gewerkt, ook sprake moeten zijn van een alerte houding van werknemers. Er wordt gewezen op het belang van betrokkenheid en verantwoordelijkheidsgevoel van werknemers ter bevordering van het

creëren van een veilige organisatie. Dit komt overeen met het reeds in paragraaf 3.1.3 beschreven belang van een organisatiecultuur waarin risicobeheersing ligt verankerd.

Weick en Sutcliffe (2007, p.2) geven daartoe aan dat er gestreefd moet worden naar een bepaalde “*mindful infrastructure*” (opmerkelijke houding) waarmee kleine fouten direct kunnen worden getraceerd, versimpeling kan worden weerstaan, men gevoelig blijft voor de uitvoering, de mogelijkheden tot weerstand en veerkracht behouden blijven en tot slot waarmee voordeel wordt behaald door de verschillende expertisegebieden van het personeel in te zetten.

Gewezen wordt op het feit dat elke organisatie, gewenst of ongewenst, invulling geeft aan risicomanagement middels het opstellen protocollen en regels. Daar waar Turner (1978, p.317; De Bruine, e.a., 2010, p.37) benadrukt dat deze protocollen en regels nodig zijn om risico's te vermijden en een veilige organisatie te krijgen, stellen La Porte en Consolini (1991, p.31) echter dat deze organisaties terecht komen in een bureaucratische modus die de organisatie lam kan leggen.

This [bureaucratic mode] forms the ordering, status/rank-oriented background structure of the organization and is adequate for organizational responses to low to moderate demand. Is this structure adequate for response during peak-load or high-tempo operations? . . . Peak demands or high-tempo activities become a solvent of bureaucratic forms.

Weick vult hierbij aan dat deze routineuze en ordelijke handelingen, zoals vastgesteld in protocollen, ingebed raken in een organisatie. Niet alleen goede handelingen cultiveren; ook fouten kunnen zich op deze manier in een organisatiesysteem nestelen. In een normale situatie vormen deze ingebedde handelingen geen probleem. Zij gaan echter een probleem veroorzaken op het moment dat er drukte ontstaat (1998, p.73). Weick geeft het volgende aan over deze bureaucratische modus waarin organisaties verzeild kunnen raken: “*Errors have been allowed to unfold and to interact in an orderly manner with other failures*” (Weick, 1998, p.73).

Een HRO functioneert derhalve niet vanwege hun *orde zoekende houding*, maar ondanks de drang alles te formuleren in regels en protocollen (Weick, 1998, p.37). Hierbij wordt tevens genoemd dat HRO's op drukke momenten eerder overeenkomen met “vuilnisvaten” dan met systemen waarin protocollen centraal staan. Werknemers zouden op drukke momenten en in risicovolle situaties niet gefocust zijn op het volgen van de protocollen. In drukke situaties wordt de menselijke flexibiliteit noodzakelijk geacht om in te kunnen springen op onvoorspelbare situaties en deze flexibiliteit wordt lam gelegd door protocollen en regels (Hollnagel, 2010, in De Bruine, e.a., 2010, p.39; Weick, 1998, p.37). Regelgeving en protocollen zijn, met andere woorden, noodzakelijke voorwaarden voor risicomanagement, maar er is tevens een alerte houding van werknemers nodig die voor snelle opsporing en correctie van fouten zorgt (Vogus & Sutcliffe, 2007, p.999-1000; Weick & Sutcliffe, 2007, p.9).

In tegenstelling tot de Enterprise Risk Management benadering, krijgen werknemers in High Reliability Organizations theory een belangrijke positie toegewezen bij het inventariseren en beheersen van risico's. Juist wanneer risico's worden gelopen of fouten worden begaan, wordt immers de menselijke capaciteit noodzakelijk geacht om met deze onvoorspelbare situaties om te gaan. Daar waar ERM is gefocust op het top-down beheersen van risico's middels de reeds genoemde protocollen en regels, geeft de HRO theorie daarentegen voorkeur aan een meer bottom-up proces van risicomanagement waarbij werknemers risico's moeten traceren. Weick en Sutcliffe beschrijven een aantal principes waardoor de alertheid op risico's en gevaren door werknemers wordt bevorderd. Deze opmerkelijke houding wordt in de komende paragraaf behandeld.

3.3.2 Mindfulness: Principes van HRO

Weick en Sutcliffe (2007, p.9) geven aan dat organisaties opmerkzaam zouden moeten zijn. Werknemers zouden gericht moeten zijn op het snel, tijdig en volledig detecteren van fouten, daar dit zou leiden tot een organisatie die betrouwbaar functioneert en waarbinnen kwaliteit en veiligheid kan worden nagestreefd. Zij beschrijven daartoe vijf principes waaraan een "*mindful infrastructure*" zou moeten voldoen.

1. Gericht op verstoringen

Dit eerste principe heeft betrekking op het detecteren van kleine incidenten en risico's in de gehele organisaties (Weick & Sutcliffe, 2007, p.59). Organisaties zouden hiertoe gericht moeten zijn op verstoringen, waarbij zij zich niet laten (mis)leiden door succes. HRO's stimuleren werknemers om potentiële risico's te rapporteren en te leren van begane fouten door deze te analyseren. Zij zouden tevens de verleiding moeten weerstaan om de veiligheidsmarges te verlagen opdat gemakkelijker kan worden voldaan aan de gestelde eisen. Bovendien leveren HRO's een voortdurende inspanning om de mogelijke fouten die een organisatie kan maken te formuleren en te evalueren. Op deze manieren kan worden voorkomen dat risico's over het hoofd worden gezien (Weick & Sutcliffe, 2007, p.9-10; Lekka, 2011, p.8). De Bruine, Noordhoek en Tjon Tam Pau (2010, p.40) vullen hierbij aan dat mensen van nature gericht zijn op successen en niet op falen of fouten. Falende krachten worden veelal genegeerd en successen worden bevestigd. In groepen kan dit worden versterkt door groepsdenken. Echter, groepen kunnen ook een bepaalde vorm van tunnelvisie op individueel niveau voorkomen, mits er ruimte is voor afwijkende meningen. Zij geven derhalve aan dat de gehele groep of afdeling gericht zou moeten zijn op het detecteren van fouten of risico's, om tunnelvisie te voorkomen.

2. Terughoudendheid tot vereenvoudiging

Weick en Sutcliffe (2007, p.10-12) geven aan dat het vereenvoudigen van structuren nodig is om werknemers gericht te houden op de belangrijkste processen in een organisatie. Vereenvoudiging kan echter ook leiden tot het over het hoofd zien van complexe processen of risico's. HRO's dienen zich derhalve bewust te zijn van het feit dat er een compleet en genuanceerd beeld nodig is om zo veel mogelijk ontwikkelingen te zien in de organisatie en haar omgeving. Verschillende denkwijzen, ervaringen en scepticisme worden omarmt om zowel de gemakkelijke als complexe processen te kunnen zien. De gedachte hierbij is dat de

interactie tussen mensen, met elk een eigen verwachting of idee, leidt tot een beter en genuanceerder beeld van de eventuele risico's in een organisatie. Dit tweede principe heeft, zoals Weick en Sutcliffe aangeven, betrekking op de mogelijkheden die werknemers hebben om fouten te detecteren (Weick & Sutcliffe, 2007, p.59; Lekka, 2011, p.8).

3. Gevoeligheid voor de uitvoering

HRO's hebben aandacht voor het werk in de uitvoering omdat daar *“het echte werk”* wordt gedaan. Juist in HRO's is er minder werk strategisch voor te bereiden en zijn de gebeurtenissen meer situationeel. Wanneer werknemers een goed ontwikkeld situationeel bewustzijn hebben, kunnen eventuele risico's eerder worden gedetecteerd. Hierbij wordt tevens het belang genoemd van flexibiliteit van werknemers om in te spelen op de gebeurtenissen. Weick en Sutcliffe (2007, p.59) geven aan dat dit derde principe *“is about the work itself, about seeing what we are actually doing regardless of what we were supposed to do based on intentions, designs and plans”*. HRO's zouden, met andere woorden, geen strakke lijn moeten trekken tussen de harde, kwantitatieve kennis van de werkvloer en de zachte, meer op ervaring gebaseerde kennis van de werkvloer.

Daarnaast zou de relatie tussen management en uitvoering goed moeten zijn. Wanneer de relatie namelijk goed is, wordt verondersteld dat kostbare informatie over mogelijke risico's in de uitvoering eerder wordt doorgegeven aan het management (Weick & Sutcliffe, 2007, p.12-13; De Bruine, e.a., 2010, p. 41; Lekka, 2011, p.8).

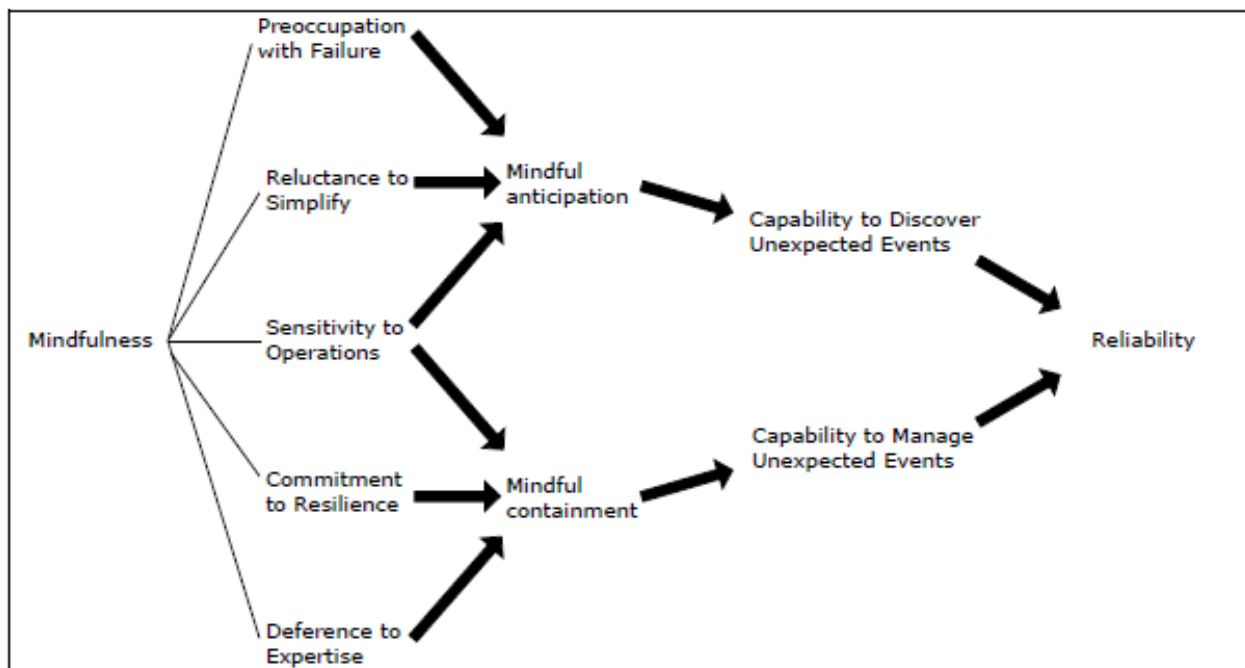
4. Een veerkrachtige organisatie

Geen enkele organisatie werkt perfect en HRO's zijn zich hier bewust van. Juist omdat geen enkele organisatie perfect kan functioneren, blijven HRO's anticiperen op (risicovolle) activiteiten in de organisatie en leren zij van gemaakte fouten. Weick en Sutcliffe (2007, p.14) geven de essentie van deze veerkrachtige houding als volgt weer: *“The intrinsic ability of an organization (system) to maintain or regain a dynamically stable state, which allows it to continue operations after a major mishap and/ or in the presence of a continuous stress”*. HRO's zijn dus in staat om fouten te detecteren en hierop in te spelen, waardoor flexibel kan worden omgegaan met potentiële én reeds begane risico's en fouten. Hiervoor is training nodig van werknemers om hen vaardigheden eigen te maken opdat zij situationeel in kunnen spelen op gebeurtenissen (Weick & Sutcliffe, 2007, p.14).

5. Respect voor deskundigheid

HRO's streven ernaar werknemers met verschillende functies bij besluitvormingsstructuren te betrekken, daar dit leidt tot meer alertheid voor eventuele veranderingen in de omgeving of in de organisatie (Weick & Sutcliffe, 2007, p.15-16). Operationele werknemers dienen derhalve te worden betrokken bij de besluitvorming in de organisatie omdat zij, meer dan de managers, inhoudelijke kennis en expertise hebben. Het erkennen van de kracht van operationele medewerkers komt voort uit het inzicht dat de hiërarchie en macht van een manager een kwetsbaarheid kent; niet altijd de persoon met de hoogste positie heeft de juiste kennis in huis om een besluit te nemen (Weick & Sutcliffe, 2007, p.16; De bruine, e.a., 2010, p.42).

Deze vijf principes van een “*mindful infrastructure*” worden verder uitgewerkt en grafisch weergegeven in onderstaand diagram (figuur 1). Hierin is weergegeven dat de drie eerst behandelde principes te maken hebben met het ontdekken van onverwachte gebeurtenissen in een organisatie. Veerkracht en het respecteren van deskundigheid zorgen er daarentegen voor dat er kan worden omgegaan met reeds ontdekte onverwachte gebeurtenissen. Beide zaken zijn nodig om als organisatie betrouwbaar te kunnen functioneren en derhalve om risico’s te inventariseren en beheersen (Weick, 1999, in Werner 2012, p.34)



Figuur 1: Mindful infrastructure en betrouwbaarheid.

Er is in de voorgaande twee paragrafen inzicht gegeven in de theoretische inzichten over het bereiken van een HRO en aan welke principes moet worden voldaan. Er is daartoe uitgelegd dat niet alleen regels en protocollen leiden tot een veilige organisatie waarin risico’s worden vermeden, maar er is tevens een alerte houding nodig van de (medewerkers in de) organisatie om risico’s in een zo vroeg mogelijk stadium te detecteren.

Deze theoretische kennis wordt noodzakelijk geacht om te begrijpen welke voorwaarden worden gesteld aan organisaties om veilig en betrouwbaar te kunnen organiseren. Echter, kennis vanuit de empirie kan tevens leiden tot inzichten over succes- en faalfactoren voor organisaties die ernaar streven veilig en betrouwbaar te werken. Derhalve wordt in de volgende paragraaf een aantal wetenschappelijke onderzoeken naar HRO’s in de praktijk behandeld. De genoemde onderzoeken hebben allen betrekking op HRO’s in de gezondheidszorg, daar dit onderzoek zich specifiek richt op risicobeheersing in het VSV Arnhem- De Liemers.

3.3.3 HRO in de gezondheidszorg

Gaba (2005, in Werner, 2012, p.26-27) heeft beschreven hoe de principes van HRO toepasbaar zijn voor de zorgsector en noemt een aantal kenmerken van de gezondheidszorg die toepasbaar zijn bij de HRO's in andere (meer technische) sectoren. Zo geeft Gaba aan dat de gezondheidszorg bij uitstek een sector is waarin intrinsieke gevaren altijd aanwezig zijn. Bovendien wordt de gezondheidszorg gekenmerkt door doorlopende activiteiten (24uur per dag, zeven dagen per week). Daarnaast geeft Gaba aan dat in de gezondheidszorg verschillende disciplines met verschillende achtergronden samenwerken in complexe eenheden en samenwerkingsverbanden. Gaba geeft in zijn boek aan dat deze kenmerken van de gezondheidszorg overeenkomen met de standaard kenmerken van HRO's in de technische industrie (de sector waar HRO als eerste werd toegepast en onderzocht). Derhalve is de HRO-theorie goed toe te passen binnen de gezondheidszorgsector.

Roberts (2009) geeft een overzicht van de uitgevoerde onderzoeken omtrent High Reliability Organizations. Daarbij besteedt zij tevens aandacht aan onderzoeken uitgevoerd in de gezondheidszorg waarvan een overzicht wordt weergegeven.

Het HRO gedachtegoed is voornamelijk in veel Amerikaanse gezondheidszorginstellingen geïmplementeerd in de periode tussen 2001-2007 (Roberts, 2009, p.52). Eén van de onderzoeken die hierop betrekking heeft is het onderzoek van Leonard, Graham en Bonacom (2004). Deze auteurs hebben ontdekt dat het van groot belang is om medewerkers te trainen, omdat dit hen inzicht zou geven in mogelijke onverwachte gebeurtenissen. Bovendien onderschrijven zij het belang van gestandaardiseerde communicatie tussen verschillende disciplines in de zorg wanneer patiënten worden overgedragen. Dit zou grote risico's kunnen voorkomen, aldus Leonard, Graham en Bonacom (2004).

Klein, Ziegert, Ridder en Ziao (2006, p.590) hebben een onderzoek naar veiligheid en betrouwbaarheid in de gezondheidszorg uitgevoerd. Uit dit onderzoek blijkt dat dynamisch leiderschap en dynamische delegatie de kwaliteit van zorg verbetert binnen (hoogopgeleide) teams die veel worden blootgesteld aan urgente, onvoorspelbare en onderling afhankelijke gebeurtenissen. Vogus en Sutcliffe geven bovendien aan dat de kwaliteit en betrouwbaarheid binnen de gezondheidszorg wordt verbeterd op het moment dat werknemers vertrouwen hebben in hun leidinggevende (2007, p.1).

Faraj en Xiao (2006) wijzen op het belang van coördinatie binnen een HRO. HRO's staan voor unieke uitdagingen omtrent coördinatie. Zij staan immers bloot aan grote onzekerheid en snelle besluitvorming. Faraj en Xiao hebben derhalve onderzoek gedaan naar het belang van coördinatie in een medisch traumacentrum waar foutloos werken van groot belang is. Er is een tweetal vormen van coördinatie onderscheiden: expertise-coördinatie en dialogische coördinatie. De expertise-coördinatie heeft betrekking op de afhankelijkheid van protocollen, het delen van kennis en het structureren van de werkpraktijk. Deze vorm van coördinatie wordt noodzakelijk geacht voor het beheren van, en zorgen voor de gedistribueerde kennis in een organisatie. De dialogische coördinatie heeft betrekking op kennisbetwisting, gezamenlijke zingeving, grensoverschrijdende interventies en het juist niet houden aan protocollen. Deze vorm van coördinatie wordt gezien als een reactie op

onverwachte gebeurtenissen en juist deze vorm van coördinatie zou ervoor zorgen dat er foutloos kan worden gewerkt (Faraj & Xiao, 2006, p.1155). Dit komt overeen met het reeds in paragraaf 3.3.1 beschreven gedachtegoed van Weick en Sutcliffe (2007, p.2). Zij geven immers ook aan dat protocollen en regels nodig zijn (expertise-coördinatie), maar er wordt tevens een bepaalde “*mindful infrastructure*” noodzakelijk bevonden om foutloos te kunnen werken (dialogische coördinatie).

Vogus en Sutcliffe (2007, p.1) hebben meerdere onderzoeken verricht naar HRO's in de gezondheidszorg. Zo stellen zij in één van hun onderzoeken dat HRO's hun uitzonderlijke prestaties behalen door enerzijds de specifieke mentale processen, waarmee wordt gedoeld op de alerte houding van werknemers. Anderzijds behalen gezondheidszorginstellingen deze kwaliteit door vakmanschap en heldere uitvoering van gestandaardiseerde protocollen. Dit is wederom in navolging van het gedachtegoed van Weick en Sutcliffe (2007, p.2).

3.3.4 Kritiek op HRO-theorie

De wetenschappelijke kennis omtrent HRO's is in de afgelopen decennia sterk gegroeid. Naast positieve resultaten en bijdragen vanuit de wetenschap, is er ook kritiek op deze benadering. Werner (2012, p.2) wijst bijvoorbeeld op het feit dat de kracht van HRO onderzoek ook een bron van zwakte is. De kracht van de wetenschappelijke onderzoeken is gelegen in het feit dat verschillende wetenschappelijke disciplines onderzoek uitvoeren naar HRO's. Dit onderzoek wordt zowel vanuit afzonderlijke disciplines verricht, als ook in samenwerking tussen disciplines (interdisciplinair). Vrijwel altijd worden deze onderzoeken uitgevoerd bij tragische evenementen of grote fouten en middels deze onderzoeken wordt getracht een vergelijkbare herhaling te voorkomen. Three Miles Island, waar in het begin van paragraaf 3.3 over is gesproken, is hier een voorbeeld van. De kracht van deze interdisciplinaire benadering kent echter ook een zwakte. Deze onderzoeken zijn immers slechts gericht op grote ongelukken en fouten in organisaties die betrouwbaar en nagenoeg foutloos moeten opereren. Dit is een smalle benadering van de organisaties die streven naar hoge betrouwbaarheid en kwaliteit. De vraag is dan ook of deze onderzoeken een bijdrage kunnen leveren aan de normale, alledaagse bedrijfsvoerings-processen in organisaties.

Anderzijds wordt gewezen op de aanpak van deze onderzoeken. De onderzoeken naar catastrofale gebeurtenissen wordt retrospectief aangepakt, waarbij wordt teruggekeken op reeds begane fouten. Dit zegt echter weinig over de vraag hoe je een High Reliability Organisatie kan opzetten of implementeren. Om toch voordeel te kunnen behalen uit de literatuur over HRO, dient daarom een framework te worden gecreëerd waarmee waarde wordt behaald voor organisaties die streven naar een hoge betrouwbaarheid, aldus Werner (2012, p.2).

Kritiek op HRO-theorie in de gezondheidszorg

Roberts (2009, p.52) signaleert een aantal beperkingen voor het toepassen van de literatuur over HRO's specifiek binnen de gezondheidszorg. Allereerst wijst zij op het feit dat de geneeskunde is geëvolueerd tot een mechanisch deterministisch model. Er wordt hierbij geen rekening meer gehouden met onzekerheden, maar er wordt uitgegaan van een vaststaande wetmatigheid. Roberts bepleit dat dit in de gezondheidszorg niet mogelijk is. Er is immers

altijd sprake van een bepaalde mate van onzekerheid. De diagnose wordt namelijk bepaald door de behandeling en de behandeling bepaalt de resultaten, maar binnen dit proces kunnen verschillende onzekerheden aanwezig zijn. Dit vult Roberts (2009, p.52) aan door aan te geven dat hoog betrouwbaar organiseren een proces is in plaats van een te implementeren structuur. Dit zou volgens Roberts niet te verenigen zijn met de onderliggende assumpties van de gezondheidszorg, waarbij juist het handelen wordt bepaald middels een bepaalde structuur; er wordt geen aandacht besteed aan de procesmatige kant van het werk.

3.3.5 Resumerend

In deze paragraaf is aandacht besteed aan het gedachtegoed over HRO's. Deze organisaties worden blootgesteld aan vele risico's en potentiële gevaren. Zij functioneren echter ondanks deze hoge druk toch betrouwbaar en nagenoeg foutloos. Binnen deze HRO's is naast een systeem van regels en protocollen, een opmerkelijke en alerte houding aanwezig; de "*mindful infrastructure*" (Weick & Sutcliffe, 2007, p.9). Deze houding is van belang om de betrouwbaarheid van, en veiligheid in een organisatie te vergroten. Daartoe is een vijftal principes behandeld die inzicht geven in de vraag wat een HRO tot een HRO maakt. Zo zijn HRO's gericht op verstoringen, terughoudend bij het vereenvoudigen van processen, gericht op de uitvoering, veerkrachtig en zij hebben respect voor expertise en deskundigheid (Weick & Sutcliffe, 2007, p.9-16). Vervolgens is ingegaan op empirische onderzoeken over HRO's in de gezondheidszorg. Hieruit volgt onder andere dat een HRO meer betrouwbaar functioneert wanneer de coördinatie goed is ingericht en wanneer er vertrouwen is in de manager/ leider (Faraj & Xiao, 2006; Vogus & Sutcliffe, 2007). Tot slot is aandacht besteed aan de kritiek op de theorie omtrent HRO.

3.4 Normal Accidents Theory

Een laatste benadering omtrent het omgaan met risico's in organisaties is de Normal Accidents Theory (NAT). Deze benadering heeft een andere invalshoek dan de twee benaderingen die reeds zijn besproken in paragraaf 3.2 en paragraaf 3.3. De Normal Accidents theorie gaat er namelijk vanuit dat bepaalde risico's in complexe organisaties niet te beheersen zijn, daar deze organisaties worden gekenmerkt door te complexe processen en structuren. Deze benadering staat in deze paragraaf centraal.

Beschrijving Normal Accidents Theory

Perrow ontwikkelde de Normal Accidents theorie als gevolg van het ongeluk op Three Miles Island in 1979. Hij introduceerde hierbij het idee dat ongevallen onvermijdelijk of zelfs "*normaal*" zijn bij bepaalde, zeer complexe technologische systemen (Roberts, 2009, p.50).

Daartoe definieerde hij twee verwante dimensies, te weten: *interactieve complexiteit* en *losse of strak gekoppelde systemen* (loosely en tightly coupled systems). Perrow beweerde dat deze twee dimensies bepalend zijn voor de mate van dreiging van ongevallen bij organisaties. Interactieve complexiteit heeft betrekking op de aanwezigheid van onbekende, ongeplande of onverwachte gebeurtenissen in een systeem die niet direct zichtbaar, noch direct te begrijpen zijn. Een strak gekoppeld systeem houdt in dat de verschillende organisatiesystemen sterk van elkaar afhankelijk zijn; elk organisatieonderdeel is nauw

verbonden met vele andere delen. Hierdoor kan een verandering in één deel van de organisatie op een snelle wijze de status van andere onderdelen in de organisatie beïnvloeden. Wanneer er sprake is van een verstoring in een van de onderdelen, kan dit derhalve een desastreus gevolg hebben voor de gehele organisatie. *Loosely Coupled Systems* hebben een dergelijk grote afhankelijk niet en zijn daarom beter in staat om storingen of ongepland gedrag te absorberen zonder destabilisatie van de gehele organisatie (Perrow, 1982, in Marais, Dulac & Leveson, 2004, p.1-2).

Volgens de theorie van Perrow kunnen ongelukken niet voorzien, noch voorkomen worden in organisaties met een hoge mate van interactieve complexiteit en een sterk gekoppeld systeem. Wanneer een organisatie immers interactieve complexiteit kent, kunnen onafhankelijk mislukte gebeurtenissen interacteren op manieren die niet te voorzien zijn door de medewerkers. Wanneer een organisatie daarnaast tevens sterk gekoppelde systemen kent, kan de gebeurtenis overslaan naar de gehele organisatie voordat de organisatie begrijpt wat er gaande is of hierop kan reageren (Perrow, 1982; Perrow, 1999 in Marais, Dulac & Leveson, 2004, p.2).

Vergelijking NAT met HRO-theory

Deze Normal Accidents theory wordt veelal tegenover de HRO-theory geplaatst in de wetenschappelijke literatuur. Sagan verwoordt het verschil tussen de HRO-literatuur en de benadering van Normal Accidents als volgt:

The scholarly literature about complex organizations is large and diverse, but two general competing schools of thought on this specific issue exist. The first is the optimistic view of what I will call 'high reliability theory,' whose proponents argue that extremely safe operations are possible, even with extremely hazardous technologies, if appropriate organizational design and management techniques are followed. The second school, what I will call 'normal accidents theory,' presents a much more pessimistic prediction: serious accidents with complex high technology systems are inevitable (Sagan, 1993, p. 13, in Roberts, 2009, p.50).

Marais, Dulac en Leveson (2004, p.1) geven aan dat de HRO benadering te beperkt is in de toepasbaarheid en bruikbaarheid voor complexe en risicovolle organisaties. Zij geven aan dat de theoretici die HRO bepleiten, het creëren van een veiligheidssysteem of risicomanagementsysteem te eenvoudig voorstellen. Anderzijds geven zij tevens aan dat de Normal Accidents theorie onnodig pessimistische assumpties heeft over het effectief omgaan met risico's in organisaties. Immers, deze theorie beweert dat je risico's in complexe systemen moet aanvaarden omdat deze niet in te schatten, noch te beheersen zijn. Perrow geeft daarbij tevens aan dat "*redundancy*" alleen maar leidt tot meer interactieve complexiteit en meer strak gekoppelde systemen waardoor de kans op risico's toeneemt. Perrow geeft volgens Marais, Dulac en Leveson (2004, p.2) terecht aan dat het toevoegen van een dergelijk proces de complexiteit vergroot. Zij geven echter tevens aan dat dit niet de enige wijze is waarop een organisatie veiliger kan worden gemaakt. Zij geven aan dat de meest kosteneffectieve methoden juist de complexiteit verminderen. Zij wijzen op het monitoren,

het elimineren of verminderen van menselijke fouten en het ontwerpen van systemen voor beheersbaarheid. Dit zijn volgens Marais (e.a., 2004, p.2) eenvoudige methoden om een organisatie veiliger en minder risicovol te maken.

In dit onderzoek wordt getracht een risicomanagementsysteem te ontwikkelen voor een integraal samenwerkingsverband. Verondersteld wordt dat middels het implementeren van een risicomanagementsysteem, de risico's in een organisatie kunnen worden geïnventariseerd en beheerst middels de juiste maatregelen. Daar de Normal Accidents Theory aangeeft dat risico's in een organisatie moeten worden geaccepteerd en een organisatie zich niet kan verzetten tegen risico's, is ervoor gekozen deze benadering niet verder uit te werken.

3.5 Conclusie

Alvorens tot een conceptueel model te komen waarin de onafhankelijke variabelen van dit onderzoek worden weergegeven, wordt eerst kort samengevat wat in dit hoofdstuk is behandeld.

3.5.1 Samenvatting theoretisch kader

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk is aangegeven op de vraag wat in dit onderzoek wordt verstaan onder een risico en risicomanagement. In dit onderzoek wordt een risico omschreven als een onzekerheid waarbij de grootte van het risico wordt bepaald door de kans dat de consequentie optreedt en de omvang of ernst van de consequentie. Hierbij wordt tevens genoemd dat een risico als negatief moet worden ervaren. Risicomanagement heeft betrekking op het systematisch identificeren, evalueren en beheersen van deze risico's. Deze eerste paragraaf van het hoofdstuk gaf tevens het belang weer van een organisatiecultuur waarin risicomanagement is geworteld. Er is vervolgens, in de paragrafen 3.2 tot en met 3.4 een aantal benaderingen behandeld die elk een eigen gedachtegang kennen over de optimale inrichting van een risicomanagementsysteem.

Enterprise Risk Management

ERM betreft een weldoordachte top-down aanpak van risico's, waarbij er van uit wordt gegaan dat improvisatie bij risicovolle gebeurtenissen tekortschiet (INK, 2008, p.4; Dickinson, 2001, p.363). ERM wordt tevens gekenmerkt door een integrale aanpak van risico's; alle risico's dienen voor de gehele organisatie te worden beschouwd.

Er is tevens een proces van ERM behandeld waarin stappen zijn weergegeven voor het inventariseren, evalueren en beheersen van risico's in een organisatie. Er moeten allereerst doelstellingen worden geformuleerd, waarna de risico's worden geïnventariseerd en geëvalueerd. Na deze stappen is de organisatie op de hoogte van de grootte van alle risico's en derhalve kan een risicomanagementprogramma worden opgesteld. De gekozen beheersmaatregelen, zoals geformuleerd in het programma, dienen vervolgens te worden geïmplementeerd. Tot slot dienen resultaten te worden gemeten en tevens te worden geëvalueerd.

Vervolgens is een aantal factoren behandeld die de implementatie van een ERM-systeem kan beïnvloeden. De factoren die de implementatie kunnen bepalen, zijn: de

wettelijke verplichtingen van een organisatie, de grootte van de organisatie, de rol van de risicomanager en de organisatiecultuur. Bovendien is een aantal obstakels beschreven; deze factoren zorgen voor vertraging bij het implementeren van een ERM-systeem. Allereerst is het “*hokjes*” denken benoemd. Ook de schrik van de hoeveelheid risico’s na een integrale evaluatie kan een organisatie doen besluiten het ERM-gedachtegoed niet te implementeren. Tot slot wordt de recessie genoemd als van invloed zijnde factor bij de implementatie van een risicomanagementsysteem (Kleffner, Lee & McGannon, 2003, p.64-65).

Er is vervolgens in paragraaf 3.2.4 een standaard weergegeven die ontwikkeld is door ISO. Deze standaard geeft een aantal kenmerken weer waarmee kan worden getoetst in hoeverre er in een organisatie gebruik wordt gemaakt van een effectief risicomanagementsysteem. In deze paragraaf is een aantal van deze kenmerken benoemd.

Tot slot is er kritiek op deze benadering behandeld. Het is voor onderzoekers namelijk veelal onduidelijk of en wanneer een organisatie heeft gekozen het ERM-gedachtegoed toe te passen voor het integraal risicomanagementsysteem. Ten tweede houdt deze benadering weinig rekening met de menselijke kant in een organisatie; risico’s worden slechts top-down beheerst middels protocollen en regels. De menselijke kant van de organisatie wordt hierbij niet meegenomen.

High Reliability Organization

High Reliability Organizations worden gezien als organisaties die minder ongelukken hebben dan je zou verwachten gezien de complexiteit en verantwoordelijkheden van de werkzaamheden (Roberts, 1993, in De Bruine, e.a., 2010, p.38). Gewezen is op het feit dat ook in HRO’s regels en protocollen worden opgesteld om risico’s te beheersen. Om risico’s echter succesvol te beheersen is er volgens deze benadering tevens een alerte houding van werknemers nodig waardoor risico’s en fouten snel worden getraceerd en gecorrigeerd. Dit wordt gezien als een meer bottom-up proces van risicomanagement.

Om deze alerte houding te verwoorden en preciseren, is een aantal principes weergegeven die hier invulling aan geven. Allereerst dient een HRO gericht te zijn op verstoringen; zij moeten zich niet laten misleiden door successen. Daarnaast wordt gewezen op terughoudendheid bij het vereenvoudigen van processen; dit kan helpen bij het begrijpen van de processen maar laat daarentegen ook nuances en verschillende denkwijzen achterwege. Een HRO zou bovendien gericht moeten zijn op de uitvoering omdat er veelal minder sprake is van strategisch en meer sprake is van situationeel gedrag. Een HRO zou tevens veerkrachtig moeten zijn door van fouten te leren. Tot slot moet er respect voor deskundigheid zijn omdat zij meer gespecialiseerd zijn in de inhoudelijke processen van de organisatie.

Er is in de gezondheidszorgliteratuur veel over HRO’s beschreven. Een aantal onderzoeken hiervan is behandeld in paragraaf 3.3.3. De gezondheidszorg wordt bij uitstek als sector gezien waarin HRO’s kunnen ontstaan, daar de gezondheidszorg altijd intrinsieke gevaren kent, de processen doorlopend (24/7) plaatsvinden en er veel wordt samengewerkt tussen verschillende disciplines. Middels een aantal onderzoeken is gewezen op het grote belang van HRO’s in de gezondheidszorgpraktijk. Dynamisch leiderschap, dynamische delegatie, het trainen van personeel en gestandaardiseerde communicatie zouden allen bijdragen aan een hoge kwaliteit van zorg waarin weinig fouten worden gemaakt. Bovendien

is gewezen op het feit dat zowel regels en protocollen, als een specifieke alerte houding nodig zijn om met risico's en gevaren om te kunnen gaan.

Kritiek op HRO-theorie is gericht op het feit dat de reeds bestaande wetenschappelijke literatuur over HRO's zich veelal focust op grote ongelukken. Dit is een beperking omdat het weinig inzicht geeft in hoe organisaties in het dagelijks functioneren een HRO zouden kunnen worden. Bovendien worden deze onderzoeken veelal repressief aangepakt; er wordt teruggekeken op reeds gemaakte fouten. Dit geeft echter tevens weinig inzicht in hoe organisaties in het dagelijks functioneren een HRO kunnen worden. Tot slot is een tweetal beperkingen genoemd van HRO's in de gezondheidszorg. Allereerst is de gezondheidszorg geëvolueerd tot een mechanisch deterministisch systeem waarin onzekerheden niet thuis lijken te horen. Echter, er is altijd sprake van een bepaalde mate van onzekerheid. Bovendien wordt gewezen op het feit dat het worden van een HRO een proces is, en niet slechts een te implementeren structuur. De veranderingen in de gezondheidszorg worden echter gekenmerkt door het implementeren van een nieuwe structuur waarbij geen aandacht wordt besteed aan de procesmatige kant.

Normal Accidents Theory

Tot slot is de Normal Accidents Theory behandeld als benadering voor het omgaan met risico's in organisaties. Deze theorie heeft een volledig andere invalshoek dan de reeds behandelde benaderingen, gezien de gedachte dat ongevallen in sommige organisaties onvermijdelijk of zelfs normaal zijn omdat er sprake is van zeer complexe technologische systemen. De mate waarin deze systemen complex zijn, wordt bepaald door de mate van interactieve complexiteit en de mate van strakke of losse koppeling van de systemen. Interactieve complexiteit heeft betrekking op de aanwezigheid van onbekende, ongeplande of onverwachte gebeurtenissen in een systeem die niet direct zichtbaar, noch direct te begrijpen zijn. Een strak gekoppeld systeem houdt in dat de verschillende organisatiesystemen sterk van elkaar afhankelijk zijn; elk organisatieonderdeel is nauw verbonden met vele andere delen. Naarmate er meer sprake is van interactieve complexiteit én strak gekoppelde systemen, is het moeilijker voor organisaties risico's te beheersen.

De Normal Accidents Theory wordt veelal vergeleken met de High Reliability Organizations Theory. Gewezen is op de te optimistische kijk van HRO's. Dit zou geen realistisch beeld zijn, daar het beheersen van risico's veel te simplistisch wordt voorgesteld. Anderzijds wordt de Normal Accidents Theory onnodig pessimistisch genoemd omdat een organisatie, volgens deze benadering, risico's voor lief moet nemen daar deze niet te beheersen zouden zijn.

De Normal Accidents Theory wordt gezien de invulling en het doel van dit onderzoek niet relevant geacht. Dit onderzoek tracht namelijk te komen tot een optimaal risicomanagementsysteem voor het VSV Arnhem- De Liemers waardoor risico's kunnen worden ingeschat en kunnen worden beheerst. Deze theorie geeft echter aan dat risico's niet kunnen worden ingeschat, noch beheerst.

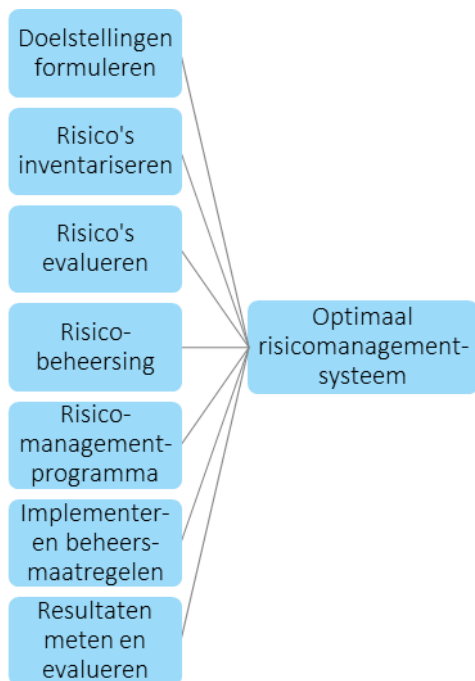
3.5.2 Conceptueel model

In paragraaf 3.5.1 is nogmaals kort weergegeven welke benaderingen aan bod zijn gekomen in dit theoretisch kader. In deze paragraaf wordt het conceptueel model behandeld. Dit conceptueel model geeft weer welke variabelen een optimaal risicomanagementsysteem beïnvloeden.

Er is een drietal heterogene en diverse benaderingen rondom risicomanagement behandeld in dit hoofdstuk. Ondanks deze heterogeniteit, wordt verwacht dat een synthese van de eerste twee benaderingen tot een optimaal risicomanagementsysteem zal leiden. De ERM-benadering heeft een top-down focus, waarbij protocollen en regels worden opgesteld. Bij de HRO-benadering ligt de nadruk op een bottom-up proces van risicobeheersing waarbij een alerte houding van werknemers zou moeten leiden tot risicobeheersing. Uit de behandelde wetenschappelijke literatuur blijkt dat enerzijds de harde aspecten van risicomanagement die gevangen liggen in het ERM-gedachtegoed, nodig zijn om risico's te beheersen. Om risicomanagement echter tot in de gelederen van de organisatie door te laten dringen en ook daar succesvol te laten werken, wordt anderzijds een bottom-up proces noodzakelijk geacht. Dit zou immers moeten leiden tot een groter bewustzijn en verantwoordelijkheidsgevoel voor het terugdringen en beheersen van risico's.

Derhalve wordt verwacht dat een synthese van beide theoretische benaderingen tot een optimaal risicomanagementsysteem kan leiden. Wanneer hier verder invulling aan wordt gegeven, zou het ERM-proces van risicomanagement (paragraaf 3.2.2) kunnen worden gebruikt om de inventarisatie en beheersing van de risico's top-down in te vullen. Wanneer dit proces immers wordt doorlopen, is op integraal niveau inzichtelijk gemaakt welke risico's een organisatie kent, hoe deze gewaardeerd worden middels de matrix en hoe deze middels beheersmaatregelen kunnen worden beheerst. Bovendien geeft de ISO aan dat een effectief risicomanagementsysteem wordt gekenmerkt door onder andere het gebruik van een risicomanagementproces, het gebruiken van concrete doelstellingen (stap 1), het meten van resultaten (stap 2,3 en 7) en constante terugkoppeling.

Dit proces kan tevens schematisch worden weergegeven, waarbij wordt verondersteld dat het doorlopen van al deze stappen zou moeten leiden tot een optimaal integraal risicomanagementsysteem. Er is voor gekozen om de processtappen niet in een keten weer te geven, daar de stappen niet pertinent chronologisch moeten worden doorlopen. Een organisatie hoeft namelijk niet éérst doelen te hebben, voordat risico's kunnen worden geïnventariseerd. In figuur 3 zijn allereerst de onafhankelijke variabelen weergegeven, het realiseren van een optimaal risicomanagementsysteem is de afhankelijke variabele in dit onderzoek.



Figuur 3: Conceptueel model ERM-proces.

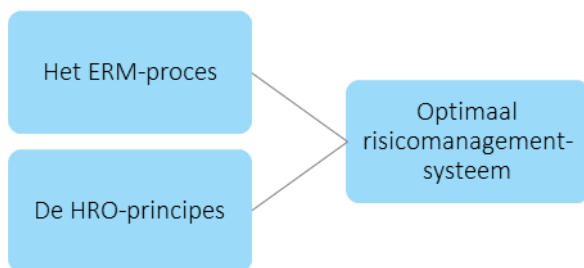
Middels hetgeen hierboven is beschreven en is weergegeven, worden de harde en systematische aspecten van risicomanagement geborgd. De zachte aspecten van risicomanagement, waarmee wordt bedoeld op de menselijke kant, kan middels de vijf verwoorde principes van de HRO-benadering optimaal worden ingericht. Wanneer een organisatie immers aan deze principes voldoet, wordt verwacht dat risico's vanuit de werkvloer kunnen worden ingeschat en beheerst. Wanneer werknemers namelijk gericht zijn op het snel, tijdig en volledig detecteren van fouten en risico's, zou dit leiden tot een organisatie die betrouwbaar functioneert en waar kwaliteit en veiligheid kan worden geborgd. Wanneer dit schematisch wordt weergegeven, ziet dit er als volgt uit (figuur 4).



Figuur 4: Conceptueel model HRO-principes.

Resumerend wordt een optimaal risicomanagementsysteem theoretisch gezien als een combinatie van de noodzakelijke regels en protocollen, die behoren tot de top-down benadering enerzijds en de bottom-up invulling waarbij het bewustzijn van medewerkers omtrent risico's en vermindering hiervan aanwezig is anderzijds. Dit wordt tevens door Weick en Sutcliffe (2007), Vogus en Sutcliffe (2007) en Faraj en Xiao (2006) onderkend in hun onderzoeken naar kwaliteitsverbetering en risicomanagement in de gezondheidszorg.

In figuur 5 zijn beide benaderingen en de inrichting van een optimaal risicomanagementsysteem verkort schematisch weergegeven. Voor de invulling van het ERM-proces wordt verwezen naar figuur 4, voor de uitwerking van de HRO-principes wordt verwezen naar figuur 4.



Figuur 5: Conceptueel model optimaal risicomanagementsysteem.

4. Methodologisch kader

4. Methodologisch kader

In dit hoofdstuk wordt de gekozen methodologie besproken en verantwoord. In paragraaf 4.1 wordt allereerst de gekozen onderzoeksstrategie besproken. Vervolgens worden de methoden van dataverzameling behandeld in paragraaf 4.2. Paragraaf 4.3 geeft de verantwoording van de onderzoekseenheden weer. De operationalisatie van de onafhankelijke variabelen vindt plaats in paragraaf 4.4. De gekozen methoden van data-analyse worden besproken en beargumenteerd in paragraaf 4.5. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een bespreking van de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek in paragraaf 4.6.

4.1 Onderzoeksstrategie

Dit onderzoek tracht inzicht te geven in een nog weinig onderzochte case, te weten risicomanagement en het inrichten hiervan in een integraal samenwerkingsverband waartoe het VSV kan worden gerekend. In een dergelijk exploratief, verkennend en vernieuwend onderzoek is een kwalitatieve onderzoeksmethode geschikt omdat middels deze methode kan worden verkend hoe het huidige risicomanagement wordt ervaren en hoe dit optimaal kan worden ingericht voor het VSV (Boeije, 2005, p.35). Er is derhalve gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet.

Bij een kwalitatieve werkwijze kunnen verschillende onderzoeksstrategieën worden toegepast, zoals een casestudy, een survey, experimenteel onderzoek en desk research (Yin, 2002, p.1). De onderzoeksvraag van dit onderzoek is gericht op het vinden van de optimale wijze waarop het risicomanagementsysteem kan worden ingericht. Het gaat om een zogenoemde “*hoe*”-vraag. Dit soort onderzoeksvragen zijn meer explorerend van aard en hierbij is een casestudy geschikt omdat: “*such questions deal with operational links needing to be traced over time, rather than mere frequencies or incidence*” (Yin, 2002, p.6). De onderzochte variabelen van dit onderzoek kunnen onderhevig zijn aan veranderingen als gevolg van de implementatie van het risicomanagementsysteem. Er is, met andere woorden, sprake van een ‘*ongoing process*’. In deze specifieke onderzoekssituatie is een kwalitatieve onderzoeksopzet, waarbij wordt gebruik gemaakt van interviews, meer valide. Op deze wijze kan dit proces namelijk beter worden beschreven. Daarnaast wordt ervan uitgegaan dat een kwantitatieve onderzoeksopzet, waarbij gebruik wordt gemaakt van enquêtes, geschikt is voor momentopnamen. Bij een kwantitatief onderzoek kunnen, met andere woorden, alleen valide conclusies getrokken worden over het moment waarop de enquête is afgenomen. Dit onderzoek richt zich echter op een proces, op een langdurige verandering en derhalve is de kwalitatieve onderzoeksopzet met de casestudy als onderzoeksstrategie geschikter (Vennix, 2006, p.103).

Tevens kan worden genoemd dat het implementeren van een risicomanagementsysteem vernieuwend is in een Verloskundig Samenwerkingsverband; het VSV kent immers nog geen integraal risicomanagementsysteem. De onderzochte case betreft derhalve een hedendaags fenomeen, wat een van de motieven vormt om voor een casestudydesign te kiezen. Een casestudy geeft in deze situatie namelijk de beste mogelijkheid om de gevonden theoretische indicatoren in de empirie te meten. De gekozen variabelen, zoals cultuur en de rol van de risicomanager, zijn moeilijk te operationaliseren. Er wordt

derhalve belang gehecht aan een gedetailleerde beschrijving en overweging van de gevonden factoren uit de literatuur. In een casestudy wordt dit normaal bevonden, terwijl een statistisch onderzoek een dergelijke focus niet kent. George en Bennett (2004, p.19) geven hierover aan: *“Whereas statistical studies run the risk of “conceptual stretching” by lumping together dissimilar cases to get a larger sample, case studies allow for conceptual refinements with a higher level of validity over a smaller number of cases”*.

George en Bennett (2004, p.19) en Bennett en Elman (2006, p.457) geven aan dat een casestudy geschikt is voor een klein aantal cases. Dit onderzoek richt zich specifiek op het VSV Arnhem- De Liemers. Dit onderzoek wordt derhalve gekenmerkt door een enkelvoudige case; er wordt naar één organisatie onderzoek verricht. In de wetenschappelijke literatuur wordt bovendien een vergelijkende casestudy onderkend, waarbij twee verschillende cases worden onderzocht.

Daarnaast kan genoemd worden dat het aantal betrokken actoren relatief klein is, waardoor de onderzochte case een klein aantal onderzoekseenheden kent. Er wordt derhalve gebruik gemaakt van een selecte steekproef, omdat op deze wijze getracht wordt de representativiteit van de steekproef te vergroten (Plochg & van Zwieten, 2007, p.80). e

4.2 Methoden van dataverzameling

Om te komen tot een beantwoording van de onderzoeksvraag, wordt een tweetal methoden gebruikt om gegevens te verzamelen. Deze methoden worden in deze paragraaf beschreven en verantwoord.

4.2.1 Semigestructureerde interviews

Het houden van interviews is een van de meest gebruikte onderzoeksmethoden in kwalitatief onderzoek. In dit onderzoek wordt tevens gebruik gemaakt van individuele, semigestructureerde interviews om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag. Individuele diepte-interviews kunnen namelijk een breed en diep inzicht opleveren in het individuele perspectief van een persoon en kunnen derhalve helpen bij het ontrafelen van denkwijzen en redeneringen van individuen in hun (werk)omgeving (Plochg & van Zwieten, 2007, p.82). Dit onderzoek tracht inzicht te verkrijgen in de individuele ervaring met het huidige risicomanagementsysteem in de eigen organisatie en VSV-breed, zoals is geformuleerd in deelvraag 4. Juist gezien de interesse in de ervaring en denkwijze van individuen uit het managementteam en van de werkvloer, is een individueel diepte-interview geschikt.

Er is daartoe gekozen een semigestructureerde interviewgide te gebruiken. Hierbij staat de formulering en volgorde van de interviewvragen vast, de beantwoording van de vragen door de geïnterviewde wordt echter vrijgelaten. Op deze wijze wordt respondenten immers zoveel mogelijk ruimte geboden bij de beantwoording van de vraag. Anderzijds wordt getracht het onderzoek zoveel mogelijk betrouwbaar te houden door het gebruiken van eenzelfde (semigestructureerde) interviewgide voor alle respondenten. Wanneer dezelfde vragen in elk interview aan bod komen, kan een systematischer en vollediger vergelijk worden gemaakt tussen de gegeven antwoorden. Hiermee wordt gepoogd de toevallige vertekeningen in de onderzoeksresultaten te verminderen (Plochg & van Zwieten, 2007, p.89).

De opbouw van de interviewgide vindt plaats aan de hand van de (operationalisatie van de) onafhankelijke variabelen zoals deze zijn gevonden in de wetenschappelijke literatuur. Deze opbouw tracht bij te dragen aan het verhogen van de interne validiteit, de interviewvragen zijn immers gebaseerd op reeds uitgevoerd wetenschappelijk onderzoek.

4.2.2 Documentenanalyse

Naast de primaire databron, bestaande uit semigestructureerde diepte-interviews, wordt er tevens een documentenanalyse uitgevoerd waarbij is gekeken naar de documenten omtrent risicomanagement van de afzonderlijke actoren. Op deze wijze wordt inzicht verkregen in de formele en “zakelijke” inrichting van het gebruikte risicomanagementsysteem van de actoren.

Anderzijds is gebruik gemaakt van externe beleids- en adviesdocumenten van het Ministerie van VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Ook deze documenten beïnvloeden namelijk de implementatie en inrichting van het risicomanagementsysteem in het ziekenhuis en specifiek het VSV. Hier staan immers richtlijnen en verplichtingen in waaraan een organisatie zich dient te houden.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in 2013 een rapport uitgebracht over de geleverde geboortezorg door het VSV Arnhem- De Liemers. Middels een analyse van dit rapport is informatie verkregen over de inrichting van het VSV Arnhem- De Liemers en tevens over de succesfactoren en risicofactoren zoals onderkend door de IGZ.

De documenten zijn selectief gekozen, waarbij rekening is gehouden met het besproken onderwerp en het uitgavejaar van de documenten (zo actueel mogelijk) om de bijdrage van de documentenanalyse aan het beantwoorden van de onderzoeksvraag zo optimaal mogelijk te laten zijn.

4.3 Onderzoekseenheden

Om een optimaal risicomanagementsysteem te kunnen kiezen, is het van belang om alle betrokken actoren van het VSV Arnhem- De Liemers vertegenwoordigd te zien in dit onderzoek. Juist gezien de verscheidenheid aan actoren, met elk hun eigen belangen en doelstellingen, dienen zij allen bij te dragen aan het beantwoorden van de onderzoeksvraag (Plochg & van Zwieten, 2007, p.80). Alleen dan kan immers een optimaal risicomanagementsysteem worden ontwikkeld en gekozen waaraan alle actoren zich willen committeren. De actoren die derhalve aan dit onderzoek deelnemen zijn de maatschap gynaecologie, de Kring Arnhem e.o. (verloskundigenpraktijken), Ziekenhuis Rijnstate en het platform kraamzorgorganisaties Arnhem e.o..

Er wordt in dit onderzoek een onderscheid gemaakt tussen werknemers uit het managementteam en werknemers van de werkvloer. Juist gezien de theoretische verschillen tussen een top-down risicomanagementsysteem wat vertegenwoordigd wordt door het ERM-gedachtegoed en een bottom-up systeem wat overeenkomt met de denkwijzen van HRO, kunnen deze twee groepen werknemers bijdragen aan een succesvol risicomanagementsysteem. Immers, zoals reeds in het theoretisch kader is beschreven, dienen zowel het managementteam als de werknemers op de werkvloer zich te committeren aan een risicomanagementsysteem om dit succesvol te kunnen laten functioneren. Daarnaast draagt dit onderscheid tussen management en werkvloer bij aan het inzicht in het verschil of de

verschillen tussen de beoogde doelstellingen zoals is vastgelegd door het managementteam en de praktijkervaringen hiermee op de werkvloer.

Zoals reeds is genoemd in paragraaf 4.1 wordt een selecte steekproef gebruikt voor de keuze van de respondenten. In kwalitatief onderzoek wordt zelden op toeval geselecteerd omdat via aselechte sampling moeilijk representativiteit te bereiken is bij een klein aantal onderzoekseenheden. Anderzijds kan worden genoemd dat dit onderzoek explorerend van aard is waarbij risicomanagement in de “*volle breedte en diepte*” wordt onderzocht. Van belang is het hierbij om onderzoekseenheden te selecteren die het te bestuderen fenomeen in alle verscheidenheid representeren (Plochg & van Zwieten, 2007, p.80). Belangrijk hierbij is derhalve hun verwachte bijdrage aan de analyse die wordt gevormd door de verscheidenheid aan actoren. Het is, met andere woorden, van belang werknemers te selecteren die de mening van alle actoren vertegenwoordigen, om zo een gedegen en realistisch beeld te krijgen van de ervaringen met het risicomanagementsysteem.

Voor dit onderzoek zijn 26 mensen uitgenodigd om deel te nemen aan het interview. Hiervan gaven twee respondenten aan dat dit wegens omstandigheden helaas onmogelijk was. Bij één wel gehouden interview is tevens te noemen dat het interview na 20 minuten is onderbroken vanwege een spoedgeval op de werkvloer. In totaal is derhalve bij 24 mensen een interview afgenomen. Om een reële afspiegeling van de gehele populatie van het VSV Arnhem- De Liemers te verkrijgen, is ervoor gekozen om respondenten uit alle disciplines te benaderen en te interviewen. Dit houdt in dat er vanuit het Ziekenhuis Rijnstate twee managers, twee hoofden van de afdelingen neonatologie en gynaecologie, vier werknemers van de afdeling gynaecologie (waarvan een interview zeer kort in verband met het spoedgeval), en een kinderarts zijn geïnterviewd. De vier geïnterviewde gynaecologen zijn ook verbonden aan het Rijnstate Ziekenhuis maar worden toch apart genoemd omdat zij niet officieel in dienst zijn van het Rijnstate Ziekenhuis, maar deelnemen aan een maatschap. Daarnaast is een zevental eerstelijns verloskundigen geïnterviewd, waarvan vijf in de regio Arnhem werkzaam zijn en twee in de regio de Liemers. Tot slot heeft een viertal interviews plaatsgevonden met werknemers van de twee grootste kraamzorgorganisaties in de regio; De Kraamvogel die voornamelijk actief is in de regio Arnhem en LiemersCare die met name actief is in de regio de Liemers. Er is bij beide kraamzorgorganisaties één kraamverzorgende geïnterviewd en één directeur of manager.

4.4 Operationalisatie

De operationalisatie heeft betrekking op het proces van vertalen van theoretische concepten naar empirisch waarneembare zaken. Operationaliseren heeft tot doel dat een juiste meting kan worden gedaan van een bepaald theoretisch concept (Vennix, 2010, p.339). In het theoretisch kader is reeds een conceptueel model behandeld, waarin is weergegeven welke variabelen een risicomanagementsysteem optimaal maken. In deze paragraaf wordt het theoretische begrip “*optimaal risicomanagementsysteem*” vertaald naar empirisch waarneembare begrippen, met gebruikmaking van de in het conceptueel model weergegeven variabelen. Er is daartoe gekozen de variabelen (dimensies) waaruit het theoretisch begrip “*optimaal risicomanagementsysteem*” uit te schrijven, met hierachter de indicatoren die de

dimensie empirisch waarneembaar maken. De indicatoren komen voort uit de beschrijving van de dimensie zoals dit reeds is verwoord in het theoretisch kader.

In het theoretisch kader is een onderscheid gemaakt tussen de top-down benadering ERM en de bottom-up benadering HRO. Er is daartoe gekozen de operationalisatie in twee tabellen weer te geven, waarbij de eerste tabel de kenmerken van een optimaal risicomanagementsysteem volgens de ERM-benadering omvat. De tweede tabel geeft de operationalisatie van de theoretische begrippen van de HRO-benadering weer.

De kenmerken van een optimaal risicomanagementsysteem volgens de ERM-benadering zijn in onderstaande tabel weergegeven (In 't Veld, 2001; Muusse, 2006; INK, 2009; Renn, 2008).

<i>Dimensie</i>	<i>Indicatoren</i>
Beleid risicomanagement vastleggen	• Doelstellingen formuleren • Te ondernemen activiteiten vastleggen • Te bewandelen procedures vastleggen • Verantwoordelijkheden en bevoegdheden vastleggen • Beschikbare middelen vastleggen
Risico-inventarisatie	• Middels gebruikmaking van een gekozen methode (zoals INK-model) • Lijst van mogelijke risico's
Risico evaluatie	• Wegen of taxeren van de risico's (n.a.v. de gevonden risico's uit de inventarisatie) • Toekennen van een waardeoordeel aan de risico's (risicobeoordeling) • Een risicomatrix waarin de rangorde of prioritering van risico's is weergegeven
Risicobeheersing	• Ontwikkelen van beheersmaatregelen om risico's te reduceren
Opstellen risicomanagement-programma	• Het formuleren van een strategie • Kosten-baten afweging • Vastleggen termijn waarbinnen maatregelen moeten worden genomen • Vastleggen wie waar verantwoordelijk is • Vastleggen hoe de rapportering wordt gedaan
Implementatie beheersmaatregelen	• Regels van bovenaf opleggen enerzijds en; • Operationele deel van de organisatie krijgt zeggenschap bij invoering van het risicomanagementprogramma anderzijds
Resultaten meten en evalueren	• Objectief registreren en vastleggen van gegevens • Beoordelen in hoeverre het beleid succesvol is • Beoordelen in hoeverre de beheersmaatregelen succesvol zijn

Tabel 1: Operationalisatie optimaal risicomanagementsysteem volgens ERM-benadering.

De kenmerken van een optimaal risicomanagementsysteem volgens de HRO-benadering zijn in onderstaande tabel weergegeven (Weick & Sutcliffe, 2007; De Bruine, e.a., 2010; Lekka, 2011).

Dimensie	Indicatoren
Gerichtheid op verstoringen	• Mate waarin (potentiële) incidenten worden gedetecteerd • Mate waarin (potentiële) incidenten worden gemeld • Mate waarin (potentiële) incidenten worden geanalyseerd
Terughoudend tot vereenvoudiging	• Mate waarin verschillende denkwijzen, ervaringen en scepticisme worden omarmd • Mate waarin handelingen zijn gecategoriseerd of beschreven
Gevoeligheid voor de uitvoering	• Mate van flexibiliteit bij het omgaan met de wensen van de werknemers • Mate waarin de relatie tussen management en werkvloer transparant en goed is • Mate waarin werknemers de vrijheid ervaren vragen te stellen
Veerkrachtige organisatie	• Mate waarin de organisatie anticipeert op incidenten • Mate waarin de organisatie in staat is om te functioneren ondanks een incident • Mate waarin organisatie in staat is om te herstellen na ongewenste gebeurtenissen • Mate waarin wordt geleerd en gegroeid als gevolg van de incidenten
Respect voor deskundigheid	• Mate waarin werknemers van de werkvloer worden betrokken bij besluitvorming omtrent risicobeheersing • Mate waarin naar het “onderbuik gevoel” van de werkvloer wordt geluisterd of gehandeld

Tabel 2: Operationalisatie optimaal risicomanagementsysteem volgens HRO-benadering.

De hierboven weergegeven operationalisatie dient als leidraad voor de interviews die worden gehouden. De gebruikte interviewgide is als bijlage toegevoegd (zie bijlage 2).

4.5 Methoden van data-analyse

De interviews trachten inzicht te verkrijgen in de persoonlijke beleving van respondenten en daartoe is het belangrijk de antwoorden van de respondenten zo nauwkeurig mogelijk weer te geven (Plochg & van Zwieten, 2007, p.83). Er is derhalve gekozen de interviews woordelijk uit te typen, gebruikmakend van de geluidsopnames gemaakt tijdens de interviews. Deze transcripten zijn vervolgens geanalyseerd.

De analyse van deze interviews heeft betrekking op het systematisch interpreteren van de uitgewerkte teksten in het kader van de onderzoeksvraag (Plochg & van Zwieten, 2007,

p.87). Daartoe zijn in de kantlijn van de transcripten sleutelwoorden geschreven die de passage in de tekst zo goed mogelijk representeren. Deze codes zijn gebaseerd op de (on)afhankelijke variabelen zoals gevonden in de literatuur en zoals beschreven in de operationalisatie. Vervolgens is gekozen de codes te ordenen en te groeperen waardoor verbanden zijn gelegd en patronen konden worden herkend. Deze ordening heeft ertoe geleid dat per onafhankelijke variabele de gevonden resultaten konden worden weergegeven. De laatste stap van de data-analyse betrof een interpretatie van de analyse als geheel. Deze interpretatie trachtte bij te dragen aan de beantwoording van de onderzoeksvraag (Plochg & van Zwieten, 2007, p.87).

De gebruikte documenten voor de analyse zijn, zoals reeds is beschreven in paragraaf 4.2, selectief gekozen. De gevonden documenten zijn bestudeerd en hieruit zijn de relevante onderdelen voor dit onderzoek gefilterd.

4.6 Validiteit en betrouwbaarheid

Bij wetenschappelijk onderzoek is het borgen van de validiteit en betrouwbaarheid een belangrijk thema. Validiteit heeft betrekking op de vraag of de onderzoeker meet wat hij daadwerkelijk wil meten, terwijl betrouwbaarheid betrekking heeft op de beïnvloeding van de waarnemingen door toevallige of onsystematische fouten. Van een grote betrouwbaarheid wordt gesproken wanneer het meetresultaat stabiel is; als je met herhaling van het onderzoek dezelfde resultaten verkrijgt (Vennix, 2006, p.183-186; Boeije, 2005, p.145). In deze paragraaf wordt daartoe de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek besproken.

4.6.1 Validiteit

Er wordt bij de validiteit een onderscheid gemaakt tussen de validiteit van de gekozen onderzoeksstrategie enerzijds en de validiteit van het onderzoek als geheel anderzijds (Boeije, 2005, p.145-146). De validiteit van de onderzoeksstrategie wordt in grote mate bepaald door de dataverzameling. Om deze dataverzameling nauwkeurig uit te voeren, wordt gebruik gemaakt van reeds verzamelde en wetenschappelijke inzichten. De operationalisatie van de onafhankelijke variabelen is immers gebaseerd op reeds uitgevoerd wetenschappelijk onderzoek, zoals in paragraaf 4.4 is weergegeven. Middels deze theoretische onderbouwing van de operationalisatie, en meer in het algemeen de dataverzameling is getracht het meetinstrument meer valide te maken (Vennix, 2006, p.184). Bovendien is de operationalisatie door een medestudent en begeleider beoordeeld, wat de nauwkeurigheid van de operationalisatie ten goede komt (Vennix, 2006, p.185).

Bij kwalitatief onderzoek dreigt snel een te grote identificatie van de onderzoeker met het object van studie. Hiervoor wordt ook wel het begrip “*going native*” gebruikt, waarmee wordt bedoeld op het feit dat de onderzoeker zich dusdanig identificeert met de onderzoekseenheid, dat interpretatie en empirische werkelijkheid vermengd raken (Plochg & van Zwieten, 2007, p.90). De objectiviteit van de onderzoeker komt, met andere woorden, onder druk te staan. Derhalve is er voor gekozen gedurende de interviews member’s checks uit te voeren; de interpretaties van de onderzoeker zijn voorgelegd aan de geïnterviewde. Anderzijds is dit ondervangen doordat er een mede-onderzoeker aanwezig was bij de interviews, waardoor de eventuele tunnelvisie van de onderzoeker kan worden verminderd.

Niet alleen bij het houden van interviews schuilt het gevaar van subjectiviteit door de onderzoeker, ook gedurende het interpreteren en analyseren van de informatieverzameling kan de interpretatie door de onderzoeker een (te) grote rol spelen. Om de empirische werkelijkheid zo objectief mogelijk te beschrijven, is er gedurende de data-analyse voor gekozen op meerdere momenten de codering door en interpretatie van de onderzoeker voor te leggen aan een mede-onderzoeker en een begeleider op de universiteit. Op deze manieren is getracht de validiteit van het onderzoek te borgen.

4.6.2 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van de waarnemingen in een onderzoek kan worden vergroot door de standaardisatie van de methoden van dataverzameling (Boeije, 2005, p.145). In dit onderzoek is ervoor gekozen eenzelfde interviewgids te gebruiken bij de interviews. Als gevolg hiervan kreeg elke onderzoekseenheid dezelfde vragen voorgelegd. Op deze wijze is getracht de methoden van dataverzameling te standaardiseren, waardoor de betrouwbaarheid van de waarnemingen tijdens een interview wordt vergroot. Anderzijds is er gekozen een groot aantal (24) onderzoekseenheden te interviewen om onsystematische fouten in het onderzoek te vereffenen. De gedachte hierachter is gebaseerd op Boeije (2005, p.145), zij geeft aan: *“Een respondent kan zijn antwoorden positief kleuren, omdat hij net iets prettigs heeft meegemaakt. Een andere respondent kan iets negatiever antwoorden als hij net iets naars heeft gehoord. In beide gevallen is sprake van beïnvloeding door het toeval: de fouten zijn niet systematisch. De redenering is dat (te) positieve antwoorden wegvallen tegen de (te) negatieve antwoorden”*.

5. Analyse

5. Analyse

In dit hoofdstuk staat de analyse van de verkregen gegevens uit de interviews en documentenanalyse centraal. In hoofdstuk vier is reeds aan bod gekomen welke actoren zijn geïnterviewd en hierbij is tevens beargumenteerd waarom deze actoren zijn gekozen. De analyse van de verkregen gegevens moet leiden tot een beantwoording van de in paragraaf 1.2 vermelde deelvragen. In deze paragraaf is reeds beschreven dat er een drietal niveaus is onderscheiden in dit onderzoek. In hoofdstuk drie is de theorie omtrent de optimale inrichting van een risicomanagementsysteem beschreven, dit betreft het eerste niveau. De invulling van de andere twee niveaus komen aan bod in dit hoofdstuk. Deze twee niveaus hebben betrekking op het feitelijk risicomanagement in de praktijk van het VSV Arnhem- De Liemers en de beleving, ofwel ervaring, van dit risicomanagementsysteem door de werknemers van de betrokken organisaties.

In paragraaf 5.1 wordt allereerst weergegeven welke risicomanagementsystemen feitelijk aanwezig zijn bij de onderzochte organisaties. Paragraaf 5.2 beschrijft hoe de respondenten het aanwezige risicomanagementsysteem ervaren en beleven. In paragraaf 5.3 wordt vervolgens weergegeven wat er binnen het VSV wordt ondernomen omtrent risicomanagement en hoe dit wordt beleefd. Paragraaf 5.4 beschrijft de discrepanties tussen de in hoofdstuk 3 aan bod gekomen theoretische benaderingen en de empirische gegevens.

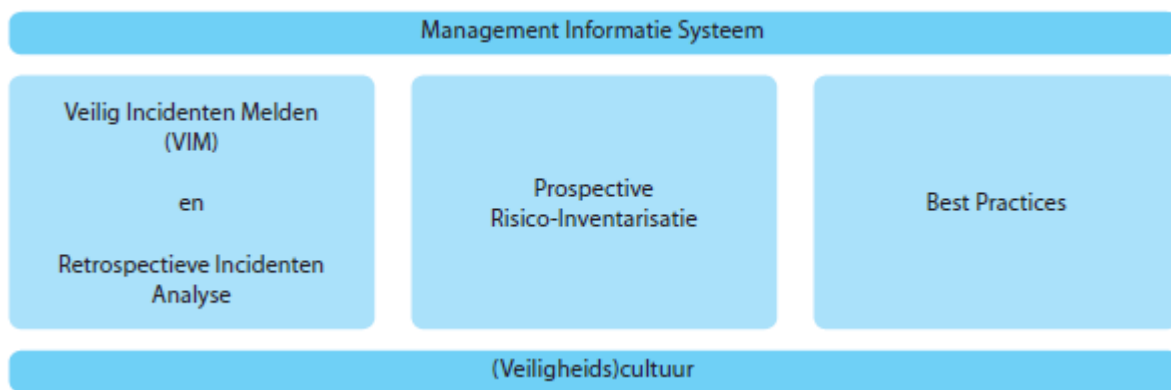
5.1 Feitelijk risicomanagement bij de actoren

In deze paragraaf staat de beantwoording van deelvraag twee centraal. Het feitelijk aanwezige risicomanagementbeleid van de afzonderlijke actoren wordt namelijk besproken. Allereerst wordt ingegaan op de inrichting van het risicomanagementsysteem van ziekenhuis Rijnstate in paragraaf 5.1.1. Dit risicomanagementsysteem is geldt tevens voor de vier geïnterviewde gynaecologen. Zij moeten zich immers committeren aan de geldende protocollen en regels van het ziekenhuis. In paragraaf 5.1.2 wordt weergegeven wat de afzonderlijke eerstelijnsverloskundigen praktijken aan risicomanagement ondernemen. Paragraaf 5.1.3 geeft tenslotte weer welke systemen binnen de kraamzorg worden toegepast om risico's te beheersen. Deze paragraaf wordt afgesloten met een korte samenvatting in paragraaf 5.1.4.

5.1.1 Risicomanagement Rijnstate

De Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur hebben in overleg met het Kwaliteitsbureau van ziekenhuis Rijnstate voor een geïntegreerde aanpak van risico's gekozen. Het risicomanagementbeleid is ingericht volgens de principes van Enterprise Risk Management¹ (Ziekenhuis Rijnstate, 2011, p.46). Dit houdt in dat alle informatie op het gebied van kwaliteit, verbeterende maatregelen en veiligheidssystemen samenkomt in één systeem voor risicomanagement (Ziekenhuis Rijnstate, 2011, p.7). Ziekenhuis Rijnstate heeft voor het risicomanagementsysteem derhalve een aantal pijlers benoemd, die in figuur 1 zijn weergegeven en vervolgens nader worden uitgewerkt.

¹ Enterprise Risk Management is reeds uitvoerig besproken in het theoretisch kader, hoofdstuk 3.



Figuur 1: Pijlers van risicomanagementsysteem Rijnstate.

Veiligheidscultuur

Ziekenhuis Rijnstate erkent dat de basis van een veilig ziekenhuis inhoudt dat de medewerkers zich bewust zijn van de mogelijke risico's. Dit is tevens beargumenteerd middels wetenschappelijke literatuur in het theoretisch kader. Derhalve onderschrijft het ziekenhuis het belang van een organisatiecultuur waarin risicomanagement en veiligheid zijn ingebed (Gerritsen, de Bey & Kessels-Habraken, 2009, p.1819).

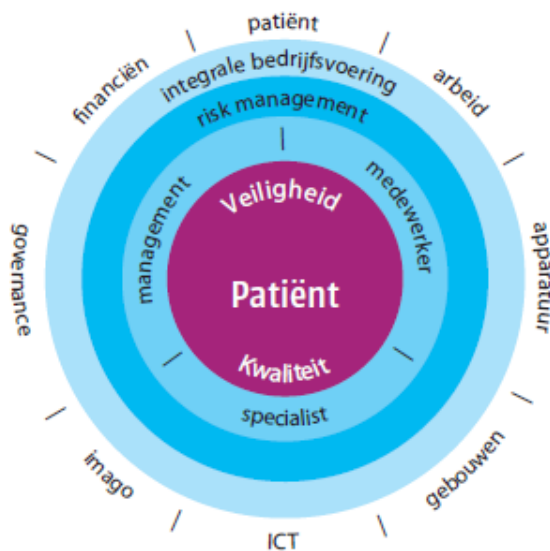
Retrospectieve incidenten-analyse

De retrospectieve incidentenanalyse heeft betrekking op reeds gemaakte fouten of incidenten en het analyseren hiervan. Daartoe dienen medewerkers incidenten en risico's te melden in het Veilig Incidenten Melden (VIM) systeem. Naast de gedane meldingen, worden tevens de klachten van patiënten, de ingediende schadeclaims en de calamiteiten tot het retrospectieve systeem gerekend. Bovendien wordt er binnen Ziekenhuis Rijnstate aan dossieronderzoek gedaan om te bestuderen of er in het zorgproces zaken kunnen worden verbeterd (Manager Kwaliteitsbureau Rijnstate, p.c., 2 juli 2014).

Naast de retrospectieve analyse van risico's, is tevens een groot prospectief risicomanagementsysteem aanwezig, waarmee wordt getracht risico's op patiënten-, medewerkers-, en organisatieniveau in te schatten. In het volgende onderdeel wordt dit prospectieve systeem nader toegelicht.

Prospectieve risico-inventarisatie

Voor een goede beheersing van de dagelijkse werkprocessen is een analyse van mogelijke risico's op schade aan patiënten, medewerkers of de organisatie van groot belang. Ziekenhuis Rijnstate heeft er voor gekozen de analyse te centreren rondom de patiënt omdat het primaire proces van de organisatie hierop is gericht. De kernwaarden die hierbij zijn geformuleerd zijn veiligheid en kwaliteit van zorg. Rondom deze kernwaarden is een aantal verschillende domeinen erkend (zie figuur 2) (Ziekenhuis Rijnstate, 2012, p.10).



Figuur 2: Domeinen prospectieve risico-inventarisatie Rijnstate.

Voor een goede realisatie van kwaliteit en veiligheid van patiënten wordt het belang van medewerking van specialisten, managers en medewerkers door Rijnstate gezien. De werkzaamheden van deze actoren worden ondersteund door risicomanagement- en kwaliteitsmanagementsystemen. De hierboven weergegeven domeinen zijn derhalve zó gekozen dat deze aansluiten op, en overeenkomen met de verantwoordelijkheden van de managementteamleden.

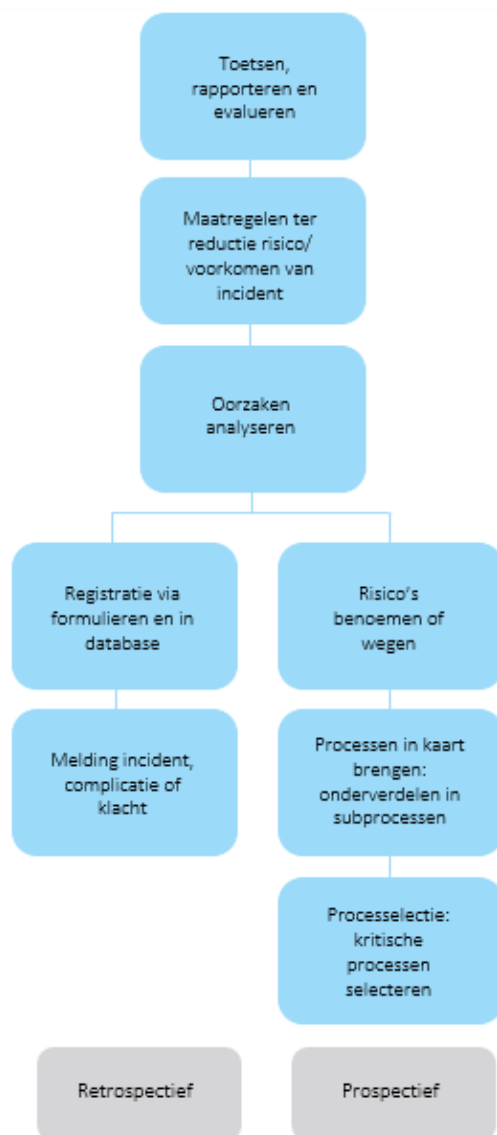
Binnen het risicomanagementsysteem dat Rijnstate Ziekenhuis kent, wordt een onderscheid gemaakt tussen het centrale, ofwel ziekenhuis-brede, niveau, en een decentraal, ofwel organisatieonderdeel, niveau. Voor het centrale deel heeft Rijnstate vanaf 2007 jaarlijks de risico's op schade aan patiënten en de organisatie geïnventariseerd. Daartoe komen de domeinhouders elk kwartaal tezamen in een domeinhouders-overleg waarbij de risico's worden besproken en aangepast wanneer dit nodig is. Per risico wordt tevens de oorzaak, het gevolg, de mate van beheersing, de frequentie van het voorkomen van het risico en de impact voor de organisatie bepaald. De input voor deze inventarisatie komt voort uit de retrospectieve analyse van gegevens. Dit tezamen levert een rangorde van de risico's op waarbij een verdeling kan worden gemaakt naar drie groepen: grote risico's (zeer frequent), middelgrote risico's en kleine risico's.

In 2012 kende het risicomanagementsysteem 52 risicogroepen met in totaal 83 benoemde en uitgewerkte risico's. Voor elk individueel risico zijn risico-reducerende maatregelen benoemd waarbij is gekeken naar de kans op succes. Bovendien is gekeken in hoeverre een risico acceptabel wordt bevonden en in hoeverre de kosten van een maatregel opwegen tegen de baten hiervan (Ziekenhuis Rijnstate, 2012, p.11).

Het risicomanagementsysteem per organisatieonderdeel, ofwel het decentrale niveau, vindt op een andere wijze plaats. Tussen 2009 en 2012 is op elke afdeling een risicoprofiel vastgesteld waarin de top vijf van risico's die beïnvloedbaar, en dus te reduceren, zijn zijn weergegeven. In 2013 en 2014 heeft tevens een herziening van het risicoprofiel plaatsgevonden. Gedurende deze tweede sessie is onder andere gekeken of de gekozen beheersmaatregelen uit 2009-2012

zinnig zijn geweest. Dit risicoprofiel is vastgelegd middels een prospectieve risico-inventarisatie waarbij een aantal bijeenkomsten is georganiseerd waarbij medewerkers van de betreffende afdeling, managers en artsen tezamen komen om voor dat organisatieonderdeel te bepalen wat de top vijf van grootste risico's is en welke beheersmaatregelen leiden tot een reducering van het risico (Manager kwaliteitsbureau Rijnstate, p.c., 2 juli 2014).

Zowel de gegevens uit de prospectieve als de retrospectieve analyse leiden tot verbetermaatregelen. Hierboven is reeds het proces van prospectieve risico-inventarisatie besproken, bovendien is de retrospectieve risicoanalyse aan bod gekomen. Deze beide processen worden hieronder grafisch weergegeven in figuur 3 (Ziekenhuis Rijnstate, 2012, p.3).



Figuur 3: Proces risicomanagement Rijnstate.

5.1.2 Risicomanagement Eerstelijns verloskundigen

Voor dit onderzoek zijn uit zes praktijken die aangesloten zijn bij het VSV Arnhem- De Liemers zeven eerstelijns verloskundigen geïnterviewd. In deze paragraaf wordt beschreven welke risicomanagementsystemen de eerstelijns verloskundigenpraktijken toepassen.

Retrospectief risicomanagementsysteem

Uit de gehouden interviews blijkt dat er in de praktijken veelal retrospectief te werk wordt gegaan bij het beheersen van risico's. In vijf praktijken is een calamiteiten- of incidentenmelding aanwezig. In dit systeem worden incidenten vastgelegd die te maken hebben met patiënt- of medewerkerszaken (Eerstelijns verloskundigen, p.c., juni 2014).

Het is per praktijk verschillend wat er vervolgens met de calamiteiten- of incidentenmelding wordt gedaan. Eén respondent geeft aan dat de incidenten eens per jaar worden besproken. Hierbij wordt echter wel gezegd dat dit de incidenten betreffen die geen of weinig consequenties hebben gehad voor patiënten, medewerkers of de organisatie. Wanneer er sprake is van een ernstige calamiteit of situatie, wordt dit in het wekelijks praktijkoverleg besproken (Eerstelijns verloskundige, p.c., juni 2014). Een andere respondent geeft aan dat de bespreking van een incident of calamiteit niet structureel plaatsvindt in haar praktijk. Het staat, met andere woorden, niet als standaard agendapunt op het praktijkoverleg. In deze praktijk worden de incidenten of calamiteiten besproken wanneer wordt opgemerkt dat een bepaald voorval vaker is voorgekomen (Eerstelijns verloskundige, p.c., juni 2014).

Opvallend hierbij is dat er vrijwel niets is vastgelegd in de afzonderlijke praktijken over de verdere afhandeling van een incident. Er wordt door vijf respondenten verwoord dat in de praktijk situationeel wordt bekeken welke risicovolle situatie is voorgevallen. Daarbij wordt tevens genoemd dat situationeel wordt bekeken of het noodzakelijk is om verdere beheersmaatregelen te nemen om een dergelijke situatie in de toekomst te kunnen voorkomen. Zo wordt door één van de respondenten het volgende gezegd:

“Hetgeen is voorgevallen, wordt altijd doorgesproken. Er wordt altijd per patiënt gekeken of de situatie zich nog een keer kan voordoen of dat deze situatie zich bij een andere patiënt kan voordoen. Daarbij is het idee: dat wat ik nu heb meegemaakt moeten we toch echt even gaan vastleggen zodat we dat samen de volgende keer anders gaan doen of dat we weten hoe iets is opgelost”. (Eerstelijns verloskundige, p.c., juni 2014)

Prospectief risicomanagementsysteem

Het prospectieve risicomanagementsysteem richt zich in alle afzonderlijke praktijken voornamelijk op de patiëntgebonden risico's. Aangegeven wordt dat het de verantwoordelijkheid is van elke verloskundige om vooraf in te schatten met welke risico's een patiënt te maken kan krijgen. Eén van de respondenten zegt hierover het volgende: *“Wij kijken altijd ten eerste patiëntgericht, waarbij telkens de vraag wordt gesteld of een maatregel de situatie voor patiënten verbetert. Vervolgens kijken we of dit een maatregel is die organisatorisch haalbaar is. Vervolgens kijken we naar de financiële kant van een maatregel, maar dit staat op de laatste plaats”* (Eerstelijns verloskundige, p.c., juni 2014).

Ook bij dit prospectief risicomanagementsysteem wordt situationeel besloten wat wordt ondernomen. De gemaakte keuze is, met andere woorden, afhankelijk van de wensen van de patiënt en de situatie in de praktijk. Eén van de respondenten zegt hierover het volgende:

“We hebben in onze praktijk elke drie weken een praktijkvergadering waarbij we ook specifieke cliënten bespreken. Daarbij delen we zo veel mogelijk informatie waarbij het soms gaat om heel kleine dingetjes. Zo kan het bijvoorbeeld voorkomen dat een cliënt zelf zegt dat ze heel gereserveerd is en dat zij daarom op een bepaalde manier wil worden behandeld bij de bevalling. Dat schrijven we natuurlijk op in het dossier, maar we vinden het in onze praktijk ook goed om het nog even te noemen. Dat is namelijk wel belangrijk om de patiënt tevreden te houden omdat we dan minder snel de fout in gaan”. (Eerstelijns verloskundige, p.c., juni 2014).

Toch worden er in de afzonderlijke praktijken wel degelijk prospectieve maatregelen genomen. Gedurende een interview wordt namelijk genoemd dat er uit voorzorg een “medisch instrumentenman” wordt uitgenodigd om te controleren of alle apparatuur nog naar behoren functioneert. Deze instrumentenman geeft vervolgens advies over een apparaat dat bijvoorbeeld niet meer voldoet aan de gestelde eisen, waarna de praktijk ervoor kiest deze te vervangen (Eerstelijns verloskundige, p.c., juni 2014).

In een andere praktijk is er voor gekozen een slipcursus te doen. De eerstelijns verloskundige (p.c., juni 2014) geeft aan: *“We staan vaak voor dag en dauw op dus het leek ons verstandig dat we om kunnen gaan met onze auto tijdens heftig weer. We hebben daarom allemaal winterbanden en we hebben een slipcursus gedaan om te weten hoe je met glad weer omgaat en wat je al dan niet kan doen”.*

Opvallend hierbij is dat dit puur logische beslissingen lijken voor de eerstelijns verloskundigen. Dit zijn, met andere woorden, geen maatregelen die bewust in het kader van risicomanagement worden genomen. Dit blijkt uit het feit dat de eerstelijns verloskundigen aan het begin van het interview niet op dergelijke maatregelen komen. Later in het gesprek komen deze voorbeelden echter wel bij hen op. Eén van de verloskundigen (p.c., juni 2014) verwoordt het als volgt: *“Het is eigenlijk heel grappig. Toen je vroeg of wij aan risicomanagement deden, gaf ik als antwoord dat we daar niets voor hadden vastliggen. Maar na wat ik allemaal heb opgenoemd denk ik ineens: “Joh, wat hebben we eigenlijk een hoop liggen”. Ik schaar het alleen niet allemaal onder risicomanagement denk ik. Maar onbewust en indirect doen we dus behoorlijk veel om de veiligheid te vergroten en de risico's te verkleinen”.* De maatregelen worden dus wel degelijk genomen om de kans op ongelukken in de toekomst te verkleinen. De maatregelen worden alleen niet in een groter en vastgelegd “risicomanagementsysteem” geplaatst waarbij maatregelen doelbewust worden genomen om risico's te beheersen.

Concluderend kan worden gezegd dat de praktijken weinig tot niets vastleggen wanneer wordt gekeken naar het prospectieve risicomanagement. Er wordt namelijk niet vanuit beleidsmatig oogpunt gekeken naar de risico's. Ook het achteraf analyseren van begane incidenten gebeurt

niet structureel in de afzonderlijke praktijken. Gedurende de interviews is derhalve aan bod gekomen welke oorzaken hieraan ten grondslag kunnen liggen. Er is hieruit een tweetal mogelijke verklaringen gefilterd die in het volgende onderdeel worden behandeld.

Verklaringen geen structurele aanpak risicomanagement

Vier respondenten gaven aan dat het niet hebben van een structurele aanpak van risico's *“inherent is aan de verloskundige organisatie”* (Eerstelijns verloskundige, p.c., juni 2014). Hiermee wordt bedoeld op het feit dat de werkzaamheden omtrent risicomanagement niet tot het primaire werk, de patiëntenzorg, behoren. Een andere verloskundige zegt hierover het volgende:

“We hebben al dat soort extra taken buiten ons normale en reguliere spreekuur en diensten. Het is altijd in onze extra tijd erbij. Dat maakt het gewoon complexer. Bovendien zijn er een heleboel van dit soort dingen die er bij komen. Buiten onze reguliere werkzaamheden hebben wij nog wel een dag te besteden aan allerlei overleggen, bijscholingen en dat soort dingen. Als je het allemaal bij elkaar op telt kom je wel aan die dag, cursus hier, je mail beantwoorden, bijwerken van het protocol”. (Eerstelijns verloskundige, p.c., juni 2014).

Bovendien wordt genoemd dat de organisatie te klein is om een structurele prospectieve inventarisatie van de risico's uit te voeren. Het zou bovendien te kostbaar zijn om het effect van een bepaalde beheersmaatregel te bepalen. In een grotere organisatie is dit makkelijker omdat: *“Je daar met veel meer casussen te maken hebt en dan is het veel makkelijker om een maatregel te bekijken en het effect van het bijbehorende doel te meten. Bij een kleine groep zie je dat effect veel minder. Het wordt daarom dus niet geregistreerd”* (Eerstelijns verloskundige, p.c., juni 2014). Bovendien wordt in het verlengde hiervan gewezen op het feit dat incidenten of calamiteiten in een kleine organisatie doorgaans zeer weinig voorkomen. Het evalueren van beheersmaatregelen op hun succes is in een dergelijke situatie onmogelijk omdat niet kan worden ingeschat of de situatie niet meer is voorgevallen door de genomen maatregel of door een andere oorzaak. Eén respondent zegt hier het volgende over: *“Het lastige is dat die situaties zich daarna haast nooit meer voordoen, of zelfs helemaal nooit meer. N=1 zeg maar. Dus wat moet je dan meten?”* (Eerstelijns verloskundige, p.c., juni 2014).

5.1.3 Risicomanagement Kraamzorgorganisaties

Bij de twee kraamzorgorganisaties die bij dit onderzoek zijn benaderd, is duidelijk een stijging te zien in de aandacht voor risicomanagement. Bij beide organisaties geven de directeurs aan steeds meer belang te hechten aan een goed risicomanagementsysteem. Op de vraag wat deze stijging teweeg heeft gebracht, wordt het volgende geantwoord (Directeur kraamzorg de Kraamvogel, p.c., juni 2014):

“Omdat je merkt dat de inspectie steeds meer de nadruk legt op risicomanagement. Er wordt bovendien steeds door onszelf benoemd dat risicomanagement toch wel een ondergeschoven kindje is binnen de kraamzorg en daar moet volgens ons verandering in komen. Dus enerzijds worden we

gedwongen en anderzijds vind ik ook dat als je kwaliteit wilt leveren, dat je daar echt de nadruk op moet leggen”.

Wanneer wordt gekeken naar de inhoud van het risicomanagementsysteem kan ook bij de kraamzorgorganisaties een onderscheid worden gemaakt tussen een retrospectief en prospectief risicomanagementsysteem. Allereerst wordt ingegaan op het retrospectief risicomanagementsysteem. Vervolgens komt het prospectief risicomanagementsysteem aan bod.

Retrospectief risicomanagementsysteem

Ook binnen de kraamzorg wordt er aandacht geschonken aan de meldingen van incidenten en calamiteiten. Daartoe is een systeem ontworpen om meldingen op zowel cliënt, als op medewerkersniveau te bespreken. Dit betreffen de “Melding Incident Cliënt” (MIC-melding) en “Melding Incident Medewerker” (MIM-melding). De gemelde gegevens worden geanalyseerd om te bepalen waar zij over gaan en hoe zij kunnen worden gereduceerd (Directeur kraamzorg Liemerscare, p.c., juni 2014). De directeur van de Kraamvogel geeft aan dat er maandelijks een rapportage wordt aangeleverd waarin de MIC- en MIM-meldingen worden weergegeven. Hierbij wordt tevens naar de processen in de organisatie gekeken en of deze al dan niet voldoen aan de gestelde eisen. Mocht de oorzaak in een foutief proces zitten, dan wordt dit proces vervolgens aangepast. Bovendien worden er evaluatieformulieren door cliënten ingevuld en deze worden op rayon-niveau, op kantoonniveau en op medewerker-niveau geanalyseerd (p.c., juni 2014).

De directeur van Liemerscare geeft aan dat de organisatie steeds meer gaat sturen op het melden van incidenten. Er worden daartoe targets opgesteld om ervoor te zorgen dat er voldoende meldingen binnenkomen. De directeur geeft hierover het volgende aan (p.c., juni 2014): *“Op die manier kan je zien wat er gebeurt, hoe daarmee wordt omgegaan en hoe je dat vervolgens kan pareren in de toekomst. Het gaat er allemaal om dat je weet wat er veel voorkomt en het inzicht hierin biedt mogelijkheden tot vooruitgang”.*

Prospectief risicomanagementsysteem

Door beide directeurs van de kraamzorgorganisaties wordt genoemd dat de risico-inventarisatie, het vooraf inschatten van risico's, een verplicht onderdeel is wanneer de instelling een HKZ-certificaat wilt krijgen. HKZ staat voor Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. Wanneer een zorginstelling voldoet aan de vooraf vastgestelde kwaliteitsnormen voor de geleverde zorg, dan wordt een HKZ-certificaat uitgegeven. Dit certificaat houdt onder andere in dat de instelling goed wordt georganiseerd, cliënten centraal staan, er continu gewerkt wordt aan optimalisering van het aanbod en er betrouwbare resultaten worden gepresenteerd. Om dit te kunnen vaststellen, wordt een toetsing gehouden door een externe organisatie waarbij wordt gekeken of het kwaliteitsmanagementsysteem voldoet aan de eisen (<http://www.hkzcertificaat.nl>). Eén van de eisen om dit certificaat te verkrijgen houdt een risico-inventarisatie in, waarbij de zorginstelling halfjaarlijks de risico's inventariseert. Daartoe hebben beide organisaties tevens een prospectief risicomanagementsysteem ingericht.

De directeur van Liemerscare geeft aan dat hij een mix van zowel prospectief als retrospectief risicomanagement zeer belangrijk vindt om de risico's in de organisatie zo goed mogelijk te beheersen. Daartoe wordt, in overeenstemming met de HKZ certificering, twee keer per jaar een risico-inventarisatie afgenomen die wordt uitgevoerd door een ingehuurd arbodienst. Deze komt op de locatie om de arbeidsomstandigheden en ergonomische zaken te bekijken. Er wordt bijvoorbeeld gekeken of de stoelen wel voldoen aan de gestelde eisen. Bovendien worden de medewerkers geïnterviewd, bijvoorbeeld over de wijze waarop een badje wordt getild en hoe deze wordt gevuld (Directeur Liemerscare, p.c., juni 2014). Ook bij de Kraamvogel wordt een risico-inventarisatie uitgevoerd. De directeur zegt hierover het volgende:

“We hebben een halfjaarlijkse bespreking in het Managementteam (MT). Hierbij krijgen we een heel document met alle risico's die zijn benoemd op organisatieniveau, op managementniveau, op medewerkersniveau en waar we dan ook verantwoordelijken voor aanwijzen. We krijgen vervolgens een soort evaluatie van deze resultaten en daaruit volgt natuurlijk een actielijst met zaken die wij moeten ondernemen om de risico's te verkleinen. Dat is echt een analyse. Dus een risico-inventarisatie is er absoluut”. (Directeur de Kraamvogel, p.c., juni 2014).

5.1.4 Resumerend

In deze paragraaf is ingegaan op de aanwezigheid van zowel een prospectief als retrospectief risicomanagementsysteem bij de betrokken actoren. De eerste paragraaf betrof de uitwerking en uitleg van het risicomanagementsysteem zoals dat in het Ziekenhuis Rijnstate wordt aangepakt. Hierbij kan worden geconcludeerd dat er een uitgebreid risicomanagementsysteem aanwezig is, waarin tevens een controle-element is ingebouwd gezien het feit dat de risico-inventarisatie herhaaldelijk op organisatie- en afdelingsniveau wordt afgenomen. Op deze wijze wordt getracht de kwaliteit van de zorg structureel te verbeteren.

De tweede paragraaf gaf het risicomanagementsysteem van de verschillende eerstelijns verloskundigen weer. Hieruit bleek dat er weinig eenduidigheid is tussen de verschillende praktijken in de wijze waarop risicobeheersing wordt aangepakt. Bovendien is geconcludeerd dat er op weinig structurele wijze wordt omgegaan met zowel de prospectieve als retrospectieve resultaten van het risicomanagementsysteem.

De laatste paragraaf gaf inzicht in het risicomanagementsysteem zoals dat wordt gehanteerd bij de twee kraamzorgorganisaties van dit onderzoek. Hierbij is zichtbaar geworden dat risicomanagement steeds belangrijker wordt binnen de kraamzorg. Inmiddels is er daardoor een uitgebreid systeem aanwezig om de risico's in de organisaties te beheersen.

5.2 Beleving risicomanagement bij de actoren

In de vorige paragraaf is ingegaan op het feitelijk risicomanagementsysteem zoals dat aanwezig is bij de verschillende actoren van het VSV Arnhem-De Liemers. In deze paragraaf wordt vervolgens besproken hoe dit risicomanagementsysteem wordt ervaren door zowel het management, als ook door de werkvloer. Er wordt gesproken over ervaringen en meningen omtrent het risicomanagement in de organisatie en er worden voorbeelden behandeld die

respondenten geven. Paragraaf 5.2.1 geeft inzicht in de ervaringen omtrent het risicomanagementsysteem in het Rijnstate Ziekenhuis. Paragraaf 5.2.2 geeft inzicht in de meningen en ervaringen van de eerstelijns verloskundigen. Paragraaf 5.2.3 beschrijft de ervaringen van de respondenten uit de kraamzorgorganisaties omtrent het risicomanagementsysteem. Deze paragraaf wordt besloten met een samenvatting in paragraaf 5.2.4.

5.2.1 Beleving ziekenhuis Rijnstate

In deze paragraaf wordt de beleving van het risicomanagementsysteem in het ziekenhuis Rijnstate beschreven. Binnen het ziekenhuis zijn meerdere betrokken actoren geïnterviewd en derhalve is er voor gekozen deze afzonderlijk in de paragraaf aan bod te laten komen. Alvorens echter in te gaan op de afzonderlijke actoren, dient te worden genoemd dat er een groot verschil is in de ervaringen omtrent het risicomanagementsysteem. Tussen het managementniveau, de gynaecologen en de werkvloer zit een zeer groot verschil in verwachtingen en ervaringen. Allereerst wordt inzicht gegeven in de beleving en ervaringen van het managementteam, waartoe vier respondenten worden gerekend. Vervolgens wordt beschreven hoe het risicomanagementsysteem door de vijf respondenten van de afdelingen gynaecologie en obstetrie wordt beleefd. Tot slot wordt weergegeven hoe de vier gynaecologen het risicomanagementsysteem ervaren.

Beleving managementniveau

Alle vier de respondenten op managementniveau geven aan het zeer belangrijk te vinden om een goed functionerend risicomanagementsysteem te hebben om zodoende risico's te kunnen verminderen in de organisatie. De medisch directeur geeft aan dat het zeer belangrijk is om als organisatie risico's te definiëren en hierop passende maatregelen te nemen. Zij zegt: *“Als je niet weet wat brand als risico voor je betekent, dan heb je een blinde vlek. Zodra je met elkaar je risico's definieert, dan maakt dat je er veel opener voor staat. En als je mij 's nachts wakker maakt en vraag wat de vijf grootste risico's zijn als organisatie, dan kan ik wel zeggen wat die zijn”* (p.c., juni 2014). Daarbij dient echter volgens de vier respondenten rekening gehouden te worden met het feit dat een risicomanagementsysteem een hulpmiddel en geen doel op zich is om inzicht te krijgen in de risico's (p.c., juni 2014).

De manager van het kwaliteitsbureau en de medisch directeur verwoorden echter beiden dat het risicomanagementsysteem vooral op het managementniveau wordt ingericht. De manager van het kwaliteitsbureau, verantwoordelijk voor de inrichting van het risicomanagementsysteem, geeft aan dat de verankering op het middenkader en het operationele niveau nog achterblijft. Hiertoe is een traject in gang gezet, maar: *“dit heeft tijd nodig. Men moet zich bewust worden van de risico's; het leren denken in risico's op schade voor de organisatie of patiënt vergt tijd”* (Manager kwaliteitsbureau, p.c., juni 2014). De medisch directeur beaamt dit. Er wordt daartoe tevens gezegd dat een gemiddeld leidinggevende die een prospectieve risico-inventarisatie heeft meegemaakt waarschijnlijk wel de risico's kan herkennen. Zij zouden tevens in staat zijn om de afdelings-gebonden risico's te benoemen. Wanneer je echter vraagt wat voor een systeem hier achter zit, dan

zullen zij dit zeer waarschijnlijk niet kunnen beantwoorden, aldus de medisch directeur (p.c., juni 2014).

Juist gezien het feit dat voornamelijk het managementniveau zich zeer veel bezighoudt met de inrichting van het risicomanagementsysteem, wordt genoemd dat het systeem het gevaar loopt een *“papieren tijger te worden. Het risico met dit soort systemen is dat het enorme systemen worden met een hoog abstractieniveau. En dat je bijvoorbeeld een risico met elkaar (op managementniveau) benoemt en dat de hele organisatie zich afvraagt of dat überhaupt een risico is. Je moet een risico dus lager in de organisatie definiëren. Dat is zeker ons risico, juist omdat het een enorm uitgebreid systeem is geworden. Je kan daardoor ook niet meer alle risico's overzien”* (Medisch directeur, p.c., juni 2014).

Toch wordt door zowel de manager van het kwaliteitsbureau, als de medisch directeur genoemd dat de werkvloer haar taken wat betreft risicobeheersing wel degelijk oppakt. De manager van het kwaliteitsbureau verwoordt dit als volgt: *“Als je ziet hoe snel incidenten, en ook ernstige incidenten worden gemeld, dan zit dat wel goed. En ook de bereidheid om vervolgens met elkaar daarover te praten en daarin ook te discussiëren, ook al gaat dat over tekortkomingen van jezelf. Ik denk dat de bereidheid over het algemeen heel groot is”* (p.c., juni 2014). Aan de andere kant is er ook altijd een groep werknemers die zich niet bezig houden met het melden van risico's. De medisch directeur geeft aan dat het melden van incidenten zeer relevant is om informatie te achterhalen. Wanneer dit niet zou gebeuren, kan je volgens haar het gehele systeem afschaffen. De medisch directeur is tevens kinderarts in ziekenhuis Rijnstate. In het kader van deze functie zegt zij het volgende:

“Ik vind dat het mijn taak is als professional, dat ik iets VIM wanneer er wat gebeurt. Ik denk ook dat als je dat aan 300 dokters vraagt, dan zullen 260 dokters zeggen dat ze het volledig logisch vinden om te vimmen. En dan zullen er ook nog een stuk of 40 dokters zijn die zeggen; VIM? Nog nooit van gehoord. Dat is nog steeds zo. We zijn in ons ziekenhuis heel ver, maar er zijn altijd mensen die onder een steen leven. Die gewoon geen idee hebben wat er speelt. Ze hebben echt geen idee, echt geen idee hoe dit ziekenhuis functioneert”. (Medisch directeur, p.c., juni 2014)

Wanneer wordt gekeken naar de antwoorden van de managers van de afdelingen gynaecologie en obstetrie dan is hierin tevens merkbaar dat het risicomanagementsysteem meer leeft en speelt op het hogere managementniveau. Het afdelingshoofd van de afdeling gynaecologie zegt hierover: *“Het is dus echt meer iets van hogerhand en op de werkvloer merk ik het niet zo. Misschien is het wel verpakt, dat je wel weet dat er risico's zijn en dat je die wilt verminderen, maar daar heb ik me niet zo in verdiept... Maar het zal zeker ergens onbewust passen in een groter geheel”* (p.c., juni 2014). Aan de andere kant wordt er op afdelingsniveau wel degelijk gestreefd naar het vermijden van risico's. De afdelingshoofden geven namelijk beiden aan dat zij goede zorg in een zo veilig mogelijke setting willen leveren en dat zij de patiënten tevreden naar huis willen laten gaan (p.c., juni 2014).

Ook uit deze twee interviews blijkt dat moet worden gewaakt voor een papieren tijger. Volgens beide respondenten dient het risicomanagementsysteem een middel te zijn om risico's inzichtelijk te maken en het moet geen doel op zich worden. Het afdelingshoofd van de afdeling obstetrie geeft bovendien aan dat de grootte van het systeem nadelen heeft. Zij geeft aan dat het heel tijdrovend is en dat er veel tijd verloren gaat voordat een verbetering wordt doorgevoerd. Zij geeft het voorbeeld van een onveilig piepersysteem; het meldsysteem waarbij artsen en verpleegkundigen worden "opgepiept" wanneer er iets fout gaat bij de patiënt. Zij zegt: *"Dit piepersysteem is niet volledig betrouwbaar en dat houdt in dat we over moeten op een heel nieuw piepersysteem. Dat is kostbaar; daar gaat veel tijd in zitten. Dat is gewoon een risico want eigenlijk zou je het gewoon op korte termijn willen veranderen. Maar juist omdat het een groot traject is, kost het tijd en veel geld. Daar gaat veel tijd verloren en dat vind ik soms wel jammer"* (Afdelingshoofd obstetrie, p.c., juni 2014).

Bovendien vraagt het afdelingshoofd van gynaecologie zich wel eens af of het systeem daadwerkelijk bijdraagt aan het lerend vermogen van, en verbetering in de organisatie: *"Je hoopt dat er heel veel van geleerd wordt maar ik weet niet of dat altijd zo is. Dan is er wat gebeurd en dan zijn ze alert, maar dat zakt ook gewoon weer weg. Je weet dat het anders moet maar soms is een werkwijze ingeburgerd, en wordt gehandeld op de automatische piloot"* (p.c., juni 2014).

Beleving afdeling gynaecologie en afdeling obstetrie

Gedurende de interviews met de vijf respondenten die werkzaam zijn op de afdeling gynaecologie of obstetrie is geconstateerd dat het risicomanagementsysteem op een andere wijze wordt beleefd dan door het managementniveau. Hiermee wordt bedoeld op het feit dat het risicomanagementsysteem voor de werknemers minder bekend is. Twee van de vijf respondenten geven aan slechts bekend te zijn met de mogelijkheid om incidenten te melden in het VIM-meldsysteem (p.c., juni 2014). De overige drie respondenten kennen wel de risico-inventarisatie die afdelings-gebonden wordt uitgevoerd, maar over de invulling hiervan kunnen zij tevens weinig vertellen.

Zo wordt door de respondenten gewezen op het feit dat er *"veel te weinig wordt gevind en we zouden echt veel meer moeten vinnen. We zouden bij wijze van spreken al een niet werkende pieper moeten melden omdat je daardoor niet bereikbaar bent. Wij brengen de pieper echter naar de technische dienst om hem te laten maken"* (Werknemer afdeling Gynaecologie, p.c., juni 2014). Genoemd wordt door alle vijf de respondenten dat het melden van incidenten veeleer onderaan het prioriteitenlijstje terechtkomt. Dit komt voort uit het feit dat de meeste incidenten volgens hen gebeuren in drukke perioden, waarbij het juist dan moeilijk is tijd vrij te maken om een incident te melden.

Er is gedurende de interviews een aantal verklaringen besproken voor de onbekendheid met het systeem. Eén van de verklaringen heeft betrekking op het feit dat het uitvoering geven aan het risicomanagementsysteem bij de reguliere werkzaamheden, de zorg voor de patiënt, op komt, aldus een van de respondenten. Hij zegt: *"Je wordt als dokter opgeleid en dan ben je klaar en dan moet je ineens volledig andere dingen gaan doen. Ik bedoel maar; ik zit nu ook*

met jullie over allerlei dingen te praten waar ik eigenlijk in mijn opleiding heel weinig over heb geleerd” (Werknemer afdeling Obstetrie, p.c., juni 2014). Een respondent van de afdeling gynaecologie vult hierop aan dat het melden van een incident zeer complex en tijdrovend is. Zij verwoordt: *“Het managementteam wil het systeem volgens mij wel makkelijker maken, maar ik merk aan mezelf en aan mijn collega’s dat het huidige systeem bijna niet wordt gebruikt omdat het gewoon te veel tijd kost. Dat besteed ik liever aan de begeleiding van een patiënt, dan dat ik continu al die administratie moet doen. Dat is namelijk echt ongelooflijk veel bij elkaar opgeteld. Dat gaat allemaal van de primaire zorg af”* (Werknemer afdeling Gynaecologie, p.c., juni 2014).

Bovendien wordt door drie respondenten gewezen op het belang om de meerwaarde van het risicomanagementsysteem te zien. Zij zouden graag op de hoogte worden gesteld van doorgevoerde verbeteringen als gevolg van de gedane meldingen, juist gezien het feit dat het melden van een (potentieel) incident energie en tijd kost. Alle vijf de respondenten zeggen niet op de hoogte te zijn van het vervolg en de afwikkeling van een incidentenmelding. Wanneer de respondenten bericht zouden krijgen over de aanpak van het incident, geeft dit hen het gevoel serieus te worden genomen. Dit zou hen stimuleren in de toekomst eerder een melding te maken (Werknemers afdeling Obstetrie en Gynaecologie, p.c., juni 2014).

Ondanks het feit dat er weinig melding wordt gedaan, geven de vijf respondenten aan wel degelijk het belang in te zien van een risicomanagementsysteem waarbij óók werknemers zijn betrokken, bijvoorbeeld middels het melden van incidenten. Er wordt genoemd dat het voor iedereen eigenlijk een plicht is om risico’s te signaleren en te melden. Bovendien wordt genoemd dat deze gegevens een grote meerwaarde voor de patiëntveiligheid hebben, omdat er kritisch wordt gekeken naar werkprocessen (Werknemers afdeling Obstetrie en Gynaecologie, p.c., juni 2014).

Eén van de respondenten geeft aan dat een risicomanagementsysteem een *“grote eye-opener is; ondanks het feit dat er heel veel fout kan gaan, gaat het toch goed in heel veel situaties. Maar dit vind ik een vervelend gevoel. We werken in een groot ziekenhuis en daarin is het gewoon af en toe druk en het blijft mensenwerk. Laatst las ik hoeveel beslissingen een dokter per dag neemt en dat is veel te veel, daar wil je niet bij stil staan... Je maakt dus continu beslissingen en daar kunnen fouten tussen zitten. Dat gebeurt gewoon”* (Werknemer afdeling Obstetrie, p.c., juni 2014). Er wordt daarnaast gezegd dat een risicomanagementsysteem mensen bewuster maakt van de risico’s die er zijn in de organisatie voor patiënten en medewerkers. Aan de andere kant blijven de werkzaamheden zo specifiek, en de keuzes die worden gemaakt zo individueel dat het niet mogelijk is om alle risico’s in te dekken, aldus de respondent.

Hierop kan worden aangevuld dat er binnen de patiëntenzorg in veel gevallen via standaarden, ofwel protocollen, kan worden gewerkt. Werknemers van de afdelingen hebben zelf de verantwoordelijkheid om zichzelf op de hoogte te stellen van eventuele veranderingen in protocollen, middels het online te raadplegen “kwaliteitsplein”; de verzamelplaats van alle protocollen. Door vier respondenten wordt echter genoemd dat niet elke werknemer deze verantwoordelijkheid neemt, waardoor men niet altijd handelt volgens het dan geldende protocol. Eén van de respondenten geeft zelf ook aan vrijwel nooit op het kwaliteitsplein te

kijken of er wijzigingen zijn aangebracht in de protocollen omdat zij toch meestal door haar collega's op de hoogte wordt gebracht.

Bovendien kan worden genoemd dat er niet altijd 100% wordt voldaan aan hetgeen schriftelijk is vastgelegd in een protocol. Een respondent constateert hier een risico in:

“Ik zit wel eens de protocollen te lezen en dan denk ik: “Ja maar volgens mij doen we dat helemaal niet exact zo”. Maar het staat er wel zo. Stel je voor dat er iets mis gaat, dan hebben we een probleem. Want dan hebben we een protocol liggen waar we niet naar handelen. Dat kan ook niet altijd helemaal natuurlijk, maar dan zou je moeten schrijven waarom dat niet is gebeurd. En dat doen we niet altijd. Dus het voordeel van protocollen is dat heel veel dingen vastliggen maar het nadeel is dat je er eigenlijk niet volledig en 100% aan kan voldoen”.

(Werknemer afdeling Obstetrie, p.c., juni 2014)

Beleving gynaecologen

Wat betreft de ervaringen van de vier gynaecologen omtrent het risicomanagementsysteem kan worden genoemd dat het systeem voor alle vier de respondenten weinig bekend is. De vier respondenten zijn allen bekend met het VIM-meldsysteem. Wanneer echter wordt gevraagd naar de bekendheid met de risico-inventarisatie, dan wordt hier door alle vier genoemd dat zij van het bestaan afweten maar dat zij over de invulling hiervan geen informatie kunnen geven (Gynaecologen, p.c., juni 2014). Over het incidenten meldsysteem wordt door drie gynaecologen gezegd dat het in principe een goed werkend systeem is, maar dat de meldcultuur beter zou kunnen. Daartoe zegt een van de respondenten: *“De VIM is een heel laagdrempelig systeem, maar ik denk wel dat we nog meer kunnen vimmen dan we nu daadwerkelijk doen. Maar ik denk wel dat men er van doordrongen is dat het belangrijk is om incidenten te melden”* (Gynaecoloog, p.c., juni 2014).

Óók de gynaecologen wijten dit aan het feit dat er tijd moet worden geïnvesteerd om een vimmelding te schrijven. Bovendien wordt door twee respondenten gezegd dat er vanuit de organisatie niet altijd respons wordt gegeven op de gedane meldingen. Er wordt genoemd dat de terugkoppeling van de melding richting de werkvloer mist en dit geeft de twee respondenten het gevoel dat het *“toch geen zin heeft om te melden”* (p.c., juni 2014). Zo geeft een van deze respondenten een voorbeeld over een melding over het OK-team dat in haar dienst telefonisch onbereikbaar was, terwijl zij voor een spoedgeval een keizersnede moest uitvoeren. Daarover is een melding ingediend, waarop de enige reactie was dat zij het verkeerde nummer moet hebben gedraaid. De reactie van de gynaecoloog was als volgt: *“Ja dat was gewoon niet zo want we hebben met drie man zitten bellen en we gebruiken al tien jaar datzelfde nummer dus we weten echt wel hoe het werkt. En dat vind ik wel heel suf en ik vind het ook niet zo netjes dat de vim zo wordt afgehandeld. En het motiveert mij ook niet om nogmaals een vim in te dienen. En ik denk ook wel je veel meer bereid bent om nog eens te vimmen als een vim goed wordt afgehandeld”* (Gynaecoloog, p.c., juni 2014).

Daarnaast zetten twee gynaecologen ook vraagtekens bij het lerend vermogen van de organisatie. Er wordt gezegd dat er bij grote incidenten wel degelijk wordt geleerd. Bij kleine incidenten met minder verstrekkende gevolgen, wordt echter al gauw weer dezelfde fout gemaakt. Genoemd wordt door één van de gynaecologen *“Dat het er natuurlijk aan ligt welk incident heeft plaatsgevonden. Maar als je te maken hebt met een dood kind, dan leert iedereen daar ontzettend veel van en helemaal als er echt factoren kunnen worden genoemd waarbij het niet helemaal goed is gegaan. Ik denk alleen dat mensen niet helemaal ondersteboven zijn van een prikincident. Maar als iemand HIV zou krijgen van een prikincident dan heb je natuurlijk wel een ander verhaal”* (p.c., juni 2014).

Wanneer wordt gevraagd aan de respondenten in hoeverre zij vinden dat het risicomanagementsysteem bijdraagt aan het inzichtelijk maken of reduceren van de risico's, wordt door drie gynaecologen genoemd dat het systeem zeer omvangrijk is geworden en dat dit ook nadelen heeft. Een omvangrijk risicomanagementsysteem heeft volgens deze respondenten namelijk tot gevolg dat er te veel wordt genoteerd; handelingen worden te veel dichtgetimmerd. Eén van de respondenten verwoordt dit als volgt: *“Het moet wel behapbaar blijven voor de medewerkers. Het is bijna logisch dat niet alle medewerkers meer up-to-date zijn. Dat is echt een valkuil; het systeem kan ook averechts gaan werken”* (Gynaecoloog, p.c., juni 2014). Daarnaast wijst een respondent op het feit dat het risicomanagementsysteem dermate is uitgebreid dat wordt vergeten te kijken naar de risico's die vanuit de organisatie worden benoemd. Deze respondent gaf aan deel te hebben uitgemaakt van de kwaliteitscommissie, waarbij zij ertegen aan liep dat de werkzaamheden voornamelijk betrekking hadden op het uitwerken van zaken die door hogerhand werden bepaald. De gynaecoloog verwoordt dit als volgt: *“Dit viel mij heel erg tegen omdat ik het veel belangrijker vind dat de werkvloer kan aangeven waar zij risico's zien. Dat vond ik zelf ook heel teleurstellend”* (Gynaecoloog, p.c., juni 2014). Een andere gynaecoloog geeft hierover een voorbeeld. Deze respondent geeft namelijk aan dat het risicomanagementsysteem en de invulling hiervan wordt vastgesteld door mensen die nooit op de werkvloer komen. Dit levert volgens deze respondent grote problemen op omdat mensen achter een bureau inschatten hoe het er op de werkvloer aan toe gaat. Dat levert af en toe *“krankzinnige besluiten”* op, aldus de gynaecoloog (p.c., juni 2014).

5.2.2 Beleving Eerstelijns verloskundigen

Opvallend bij de eerstelijns verpleegkundigen is dat zij allen zeer betrokken zijn bij hetgeen in hun praktijk wordt gedaan omtrent risicomanagement. Juist gezien de grootte van de eerstelijns verloskundigenpraktijken zijn de geïnterviewde respondenten zeer vaak betrokken bij de invulling van het risicomanagementsysteem. Eén van de respondenten zegt hierover: *“We hebben in onze praktijk vier maten, dat zijn de personen die de organisatorische praktijk draaien. Maar we hebben allemaal dezelfde verloskundige verantwoordelijkheden; of je nu in loondienst bent of als zelfstandige werkt. Iedereen werkt daarom mee om risico's te verkleinen”* (p.c., juni 2014).

Alle eerstelijns verloskundigen geven daarnaast aan dat het zeer belangrijk is om risico's in te schatten bij dit werk. Zij vinden het allen zeer belangrijk om inzicht te krijgen in

de risico's die een patiënt of zichzelf als verloskundige lopen. Het kritisch kijken naar het eigen handelen en de gevolgen hiervan op de patiënt, draagt bij aan een betere kwaliteit van de geleverde zorg, aldus vijf van de respondenten. Eén van de respondenten geeft aan: *“We moeten kritisch naar onszelf kijken. Als we dat niet doen, doet niemand het. En ik denk dat we te laat zijn als we de persoon naar de gynaecoloog sturen, en men er dan pas achter komt dat er iets niet goed is gegaan. Dan zijn we veel te laat. Dat moeten we in de eigen praktijk al hebben gezien vind ik”* (p.c., juni 2014). Daartoe wordt tevens genoemd dat het kritisch kijken naar het eigen handelen wordt verbeterd wanneer men hierover in gesprek gaat met collega's binnen én buiten de praktijk. Een verloskundige geeft aan dat je je verantwoordelijk moet voelen om iets te bespreken wanneer er een voorval heeft plaatsgevonden. Daarbij wordt echter tevens genoemd dat het niet altijd leuk of prettig is om een melding te maken; het kan immers ook pijnlijk zijn. Een eerstelijns verloskundige geeft aan dat de angst om een melding te doen aanwezig kan zijn. Zij zegt het volgende:

“Ik denk dat daar een soort schaamte of wijzende vinger van af moet. Je moet elkaar gewoon kunnen aanspreken. Ik bedoel; als je in de bouw een kozijn er verkeerd in tikt dan moet je ook gewoon kunnen zeggen van: “Joh dat ding zit hartstikke scheef, haal dat er eens uit”. En dat moeten wij ook gewoon kunnen zeggen, het is een gemis als dat niet kan. Ik vind het ook fijn als mensen mij aanspreken als ik iets mis”. (Eerstelijns verloskundige, p.c., juni 2014)

Enerzijds is hierboven beschreven dat de eerstelijns verloskundigen het risicomanagementsysteem als prettig en zinvol ervaren. Wanneer zaken immers openlijk worden gemeld én besproken, kan worden geleerd van de gebeurtenissen. Anderzijds wordt echter ook genoemd dat het risicomanagementsysteem, met de bijbehorende regels en protocollen, kan doorslaan in een *“papieren tijger”*, zo geven vier respondenten te kennen. Eén van de respondenten zegt: *“Mijn gevoel en mijn ervaring zeggen dat het soms twee kanten uitwerkt met de regels en protocollen. Er zijn namelijk een heleboel dingen goed geregeld. Maar we zijn wel een beetje teveel aan het regelen, teveel aan het vastleggen en te veel dingen die móeten waardoor ik zie dat er te weinig naar de mevrouw wordt gekeken, te weinig naar de patiënt wordt gekeken. En dan gebeuren er vreemde dingen”* (Eerstelijns verloskundige, p.c., juni 2014). Een andere respondent geeft bovendien aan dat er te weinig wordt gekeken naar de situatie van de patiënt. Zij zegt het volgende: *“Er wordt te weinig gekeken naar de praktijk. Er wordt juist teveel gekeken naar instrumenten en regels en het antwoord daarop is: meer instrumenten en regels. Er wordt blind vertrouwd op wat in de boekjes staat. Dat klopt niet, niet altijd!”* (Eerstelijns verloskundige, p.c., juni 2014).

Er kan derhalve geconcludeerd worden dat protocollen en regels, ontwikkeld met het idee risico's te verminderen, enerzijds een goede en structurerende functie hebben. Eén van de respondenten verwoordt dit als volgt: *“Als je kijkt naar de regels die we hebben gemaakt voor de bevalling dan denk ik zeker dat je daar winst mee behaalt. Het gaat namelijk geprotocolleerd en gestructureerd en je kan geen zaken missen. En voor de zorg voor moeder en kind is dat natuurlijk heel belangrijk; zeker gezien de stressvolle situaties waarin we ons soms bevinden. En het is dus ook zeker een toegevoegde waarde”* (p.c., juni 2014). Anderzijds is het belangrijk dat een verloskundige het inzicht en inlevingsvermogen heeft om, wanneer

een situatie daarom vraagt, af te wijken van een protocol. Een protocol wordt derhalve omschreven als een richtlijn; een houvast om het handelen te vergemakkelijken (Eerstelijns verloskundige, p.c., juni 2014). Eén van de eerstelijns verloskundigen zegt hierover (p.c., juni 2014):

“Ik vind de gezamenlijke uitgangspunten belangrijk, protocollen misschien nog iets minder. Protocollen zie ik als een soort vastomlijnd stappenplan; zo doen we het als dit of dat voorvalt. En een uitgangspunt is een soort basisgevoel van waaruit je dingen doet. Mijn overtuiging is dat er goed kan worden gezorgd voor de zwangeren wanneer dit uitgangspunt goed zit en dat is geankerd in de mensen; in hun houding. En dan kan je een protocol hebben maar dat heb je bijna niet meer nodig omdat het vanzelf loopt. Dus dat is belangrijker. Maar zolang dat uitgangspunt er niet is; dat basisgevoel, is een protocol heel prima om toch dat goede en veilige handelen te kunnen borgen”

5.2.3 Beleving Kraamzorg

Merkbaar in de interviews is dat er een groot verschil is tussen de beleving van het risicomanagementsysteem op managementniveau en op medewerkersniveau. Op managementniveau wordt er namelijk meer aandacht besteed aan het beheersen en managen van risico's. Daartoe is een onderscheid gemaakt tussen de beleving van het managementniveau en de ervaringen en beleving van de werknemers.

Beleving managementniveau

De directeur van Liemerscare (p.c., juni 2014) geeft aan dat het erg belangrijk is te kijken naar de fouten die je als organisatie maakt. Er dient een zelf reflecterend vermogen in de organisatie aanwezig te zijn om als organisatie te kunnen verbeteren. Daarbij wordt tevens genoemd dat het niet erg is om fouten te maken; dat hoort er juist bij om lering te kunnen trekken, aldus de directeur van Liemerscare.

Daar wordt echter tevens bij vermeld dat de risico's door operationele medewerkers weinig worden gezien of gemeld. Hetgeen wordt gemeld, wordt gezien als *“het topje van de ijsberg”*. Een verklaring die de directeur hiervoor geeft is het feit dat veel zaken *“voor normaal worden aangenomen, terwijl dit helemaal niet als normaal moet worden beschouwd”* (p.c., juni 2014). Een voorbeeld hiervan is het feit dat, volgens de directeur, elke kraamverzorgende zich weleens heeft gebrand aan een strijkijzer, terwijl dit nog nooit is gemeld. Anderzijds geeft hij aan dat het zou kunnen komen dat werknemers niet durven te melden uit angst dat zij hierop worden afgerekend. De directeur vindt dit een kwalijke gedachte, gezien het feit dat het melden van risico's en incidenten de organisatie vooruit brengt (Directeur Liemerscare, p.c., juni 2014).

De directeur van de Kraamvogel schetst een ander beeld van de beleving en ervaringen van de werknemers. Te kennen wordt gegeven dat de werknemers veel melden, ook gezien het feit dat hier vanuit de organisatie op wordt gestuurd. Anderzijds wordt genoemd dat het risicomanagement en het bewustzijn hiervan met name op het holding- en managementniveau zit. Toch wordt getracht de werknemers zo veel mogelijk te betrekken bij projecten die hen

aangaan, zoals de protocollencommissie of een meldcode huiselijk geweld (Directeur de Kraamvogel, p.c., juni 2014). De betrokkenheid van de werknemers wordt door de directeur gezien als zeer belangrijk om het risicomanagement succesvol te laten verlopen. Een citaat kan dit verduidelijken (Directeur kraamzorg de Kraamvogel, p.c., juni 2014): *“Wij waren altijd een heel erg staf gestuurde organisatie, heel erg top-down, wij zijn heel erg nu aan het kantelen naar een bottom-up organisatie, echt vanuit de medewerker. Maar dat komt echt omdat je merkt dat zij onze kracht zijn; dat is onze organisatie, ons brood. Dus hun input is voor ons essentieel.”*

Beide directeurs vinden de ervaringen en belevingen van de werknemers zeer belangrijk. Als zij echter kijken naar het risicomanagementsysteem zoals dat wordt gehanteerd in de organisatie, geven zij beiden aan dat gewaakt moet worden voor een *“overvloed aan risicomanagement”* (Directeur kraamzorg Liemerscare, p.c., juni 2014). Beide directeurs geven aan dat het risicomanagementsysteem kan doorslaan; het feit dat het geen middel meer is om risico's in de organisatie te verkleinen, maar een doel op zich. Daarvoor moet worden gewaakt, vinden beide respondenten. De directeur van de Kraamvogel geeft hierover tevens aan dat een dergelijk risicomanagementsysteem staat als een huis, maar dat er daardoor ook geen beweging in de organisatie is te krijgen wat als kwalijk wordt ervaren (p.c., juni 2014).

Bovendien wordt door de directeur van Liemerscare genoemd dat er gewaakt moet worden voor over-protocollering in de organisatie. Werknemers dienen, met andere woorden, telkens vanuit *“hun gezonde verstand te redeneren”* (p.c., juni 2014). Een citaat kan dit standpunt verduidelijken: *“Je moet ervoor zorgen dat een medewerker niet alleen komt, zijn hersenen afgeeft en op de automatische piloot zijn werk doet. Een medewerker moet innovatief en creatief te werk kunnen gaan. Een medewerker moet, met andere woorden, zelf de mogelijkheid krijgen om met verschillende situaties om te gaan”*.

Dit wordt tevens door de directeur van de Kraamvogel genoemd. Verteld wordt dat je als organisatie alles kan dichttimmeren, dat je een papieren tijger kan optuigen. Maar om een risicomanagementsysteem daadwerkelijk succesvol te laten functioneren, ben je afhankelijk van de houding en het gedrag van de werknemers. Zij moeten namelijk zien wat er gebeurt en zij dienen hier adequaat op te anticiperen, aldus de directeur (p.c., juni 2014).

Beleving werknemersniveau

Beide kraamverzorgenden geven aan het zeer belangrijk te vinden dat incidenten worden gemeld: *“want daar kan je van leren en het kantoor moet ook weten wat er allemaal speelt”* (Kraamverzorgende Liemerscare, p.c., juni 2014). Opvallend is daarentegen dat beide kraamverzorgenden aangeven nog nooit een melding te hebben gedaan. Zij geven beiden aan in hun werkzaamheden nooit een (potentieel) incident te hebben meegemaakt dat zij hoefden te melden. Dit zou kunnen duiden op een klein bewustzijn van de mogelijke risico's waaraan de patiënten of zijzelf blootstaan.

Wanneer zij echter risico's in een thuissituatie waarnemen, melden zij dit wel degelijk bij het gezin. Een van de kraamverzorgenden (de Kraamvogel, p.c., juni 2014) geeft aan dat zij bij de ouders wel aangeeft dat een kruik bijvoorbeeld te dicht bij het kindje ligt en dat het

kindje daar brandwonden van kan oplopen. Zij geeft tevens aan dat zij in sommige situaties de protocollen “*positief toepast*”. Hiermee wordt bedoeld op het feit dat het in sommige situaties beter kan zijn méér hygiënische maatregelen te nemen dan noodzakelijkerwijs wordt verwacht. Een voorbeeld hiervan is het protocol dat zegt dat een flesje om de dag moet worden uitgekookt. Soms kiest de kraamverzorgende in kwestie er echter voor om dit elke dag te (laten) doen. Zij zegt hierover het volgende: “*Soms denk ik nou kook alles maar even elke dag uit want hier is de hygiëne wat verder te zoeken. Of er lopen twee honden rond, dus dan ga je daar eigenlijk je protocollen op aanpassen*”. Dit duidt wel degelijk op een bewustzijn van de mogelijke (gezondheids-) risico’s bij de patiënt.

Beide kraamverzorgenden geven tevens aan het belangrijk te vinden dat de werknemers betrokken worden bij het kiezen van de beheersmaatregelen. Een kraamverzorgende zegt hierover het volgende: “*Soms hebben we ook wel eens zoiets geregeld en dan denk ik: ‘Oh ja dat hebben de mensen achter de computer weer bedacht’*”. Dan mis je toch dat schakeltje want zo werkt dat niet in de praktijk” (Liemerscare, p.c., juni 2014). Om te voorkomen dat het risicomanagementsysteem een papieren tijger wordt, kan het derhalve zeer relevant zijn werknemers op voorhand te betrekken bij de te kiezen beheersmaatregelen, aldus de kraamverzorgenden.

5.2.4 Resumerend

In deze paragraaf is aan bod gekomen hoe het risicomanagementsysteem, zoals dat bij de afzonderlijke actoren is ingericht, wordt ervaren door de respondenten. Er is daartoe ingegaan op de belevingen, ervaringen en voorbeelden die respondenten hebben gegeven omtrent het risicomanagementsysteem.

Allereerst is beschreven hoe het risicomanagementsysteem van het Ziekenhuis Rijnstate door haar medewerkers wordt ervaren. Er kan worden geconcludeerd dat er een groot verschil is in de beleving hiervan door het managementniveau en de werknemers van de werkvloer. Het managementniveau ziet het belang van een risicomanagementsysteem goed in, maar heeft er ook alle vertrouwen in dat werknemers hier invulling aan geven door bijvoorbeeld de meegemaakte incidenten te melden. Wanneer wordt gekeken naar de antwoorden van de werknemers blijkt echter dat zowel de werknemers van de afdelingen gynaecologie en obstetrie, als de gynaecologen, allen moeite hebben met het melden van de begane incidenten. Bovendien is er weinig bekendheid met de verschillende wijzen waarop het risicomanagementsysteem wordt ingericht. Hiervoor wordt als verklaring gegeven dat het melden van een incident naast de reguliere werkzaamheden moet gebeuren. Bovendien wordt er vanuit de organisatie niet altijd respons gegeven; de werknemers voelen zich hierdoor minder serieus genomen. Binnen alle gelederen wordt genoemd dat het risicomanagementsysteem inmiddels dermate is uitgebreid, dat moet worden gewaakt voor een “*papieren tijger die zijn doel voorbij schiet*” (Medisch directeur, p.c., juni 2014). Er is, met andere woorden, zo veel vastgelegd dat het risicomanagementsysteem het gevaar loopt niet meer een middel te zijn om risico’s te beheersen, maar een doel op zichzelf wordt.

Binnen de eerstelijns verloskundigenpraktijken die zijn geïnterviewd, blijkt enerzijds dat de betrokkenheid bij het beheersen van risico’s voor met name patiënten zeer groot is. De

eerstelijns verloskundigenpraktijken zijn allen veel kleiner van omvang, wat de betrokkenheid van de werknemers ten goede komt. Toch wordt ook door deze respondenten genoemd dat een risicomanagementsysteem te veel regels omvat die het werken in de praktijk kunnen vermoeilijken. Enerzijds hebben deze regels en protocollen een structurerende functie, anderzijds kan het tevens een belemmering zijn bij het invulling geven aan de situationele context en leidt het af van de reguliere werkzaamheden.

De twee betrokken kraamzorgorganisaties in dit onderzoek geven elk een ander beeld van het risicomanagementsysteem. Beide directeurs vinden het belangrijk dat incidenten worden gemeld en vastgelegd om deze in de toekomst te kunnen voorkomen. Eén directeur geeft echter aan dat de gedane meldingen het topje van de ijsberg zijn, de andere directeur geeft aan dat de kraamverzorgenden in de organisatie zich zeer verantwoordelijk voelen en wel degelijk alles melden. Wanneer wordt gekeken naar de antwoorden van de kraamverzorgenden zelf, sluit dit meer aan bij het gedachtegoed van de eerste directeur; er wordt namelijk zeer weinig gemeld. Dit kan deels worden verklaard door het feit dat de kraamverzorgenden zich wellicht niet bewust zijn van de risico's die zij lopen of van het feit dat deze kunnen worden gemeld. Anderzijds zijn de kraamverzorgenden zich wel degelijk bewust van de risico's in de patiëntenzorg daar zij dit veelvuldig in het gezin aangeven. Ook door deze respondenten wordt genoemd dat er bij de inrichting van een risicomanagementsysteem moet worden gewaakt voor een *“overvloed aan regels die nergens toe dienen”* (Directeur de Kraamvogel, p.c., juni 2014). Dit kan worden aangevuld met het grote belang van een alerte houding waarop de beide directeurs wijzen. Zij vinden het zeer belangrijk dat werknemers zich bewust zijn van de mogelijke risico's en dat zij hierop kunnen inspelen omdat zij hun werk niet op de automatische piloot verrichten.

5.3 Risicomanagement VSV Arnhem- De Liemers

In deze paragraaf wordt inzicht gegeven in het risicomanagementsysteem zoals dat wordt toegepast in het VSV Arnhem- De Liemers. De splitsing naar actoren, zoals dat in de voorgaande twee paragrafen is gedaan, wordt in deze paragraaf losgelaten. Hier is voor gekozen omdat het gaat om hetzelfde risicomanagementsysteem wat door de actoren wordt beschreven. Het gaat immers om het risicomanagementsysteem zoals dat in het gehele VSV wordt toegepast en ervaren. Paragraaf 5.3.1 beschrijft het feitelijk risicomanagementsysteem zoals dat aanwezig is. Paragraaf 5.3.2 geeft inzicht in de beleving van de respondenten omtrent het risicomanagementsysteem. Deze paragraaf wordt besloten met een conclusie in paragraaf 5.3.3.

5.3.1 Feitelijk risicomanagementsysteem VSV Arnhem- De Liemers

Het risicomanagementsysteem van het VSV Arnhem- De Liemers kent tot op heden nog geen structurele borging. Er wordt, met andere woorden, al wel een aantal zaken gezamenlijk opgepakt, zoals het transmuraal vimmeren, de perinatale audit, en waar nodig zijn er gezamenlijke protocollen. Deze zaken worden echter nog niet structureel en periodiek besproken. Het prospectief risicomanagementsysteem wordt in zijn geheel nog niet gezamenlijk vormgegeven. Deze paragraaf beschrijft allereerst (de wensen omtrent) het nog te

ontwikkelen prospectieve risicomanagementsysteem. Vervolgens wordt besproken welke onderdelen reeds aanwezig zijn en hoe deze zijn ingericht.

Prospectief risicomanagementsysteem

Een prospectief risicomanagementsysteem is in het VSV Arnhem- De Liemers nog slechts nihil aanwezig. De medisch directeur van het Rijnstate Ziekenhuis zegt hierover het volgende: *“Voor wat betreft het risicomanagement in het VSV zijn er al een aantal kleine dingen, maar het totaaloverzicht van het risicomanagement van het VSV ontbreekt en er moet zeker nog wat worden ontwikkeld. Het systeem is nu ook nog meer retrospectief ingericht en dat moet meer prospectief gaan worden”* (p.c., juni 2014).

Een verklaring dat kan worden gegeven voor dit hiaat in het risicomanagementsysteem, is het feit dat het VSV Arnhem- De Liemers pas vanaf mei 2013 in de huidige samenstelling werkzaam is. Dit heeft een grote invloed gehad op het functioneren van het VSV. Bovendien is het VSV in juli 2014 veranderd naar het VSV *nieuwe stijl*, zoals reeds is beschreven in het beleidskader. Het VSV is met name *“druk met het inrichten van zichzelf, met de besturingsfilosofie en hoe we daarmee om moeten gaan”* (Medisch directeur Rijnstate Ziekenhuis, p.c., juni 2014). Er is derhalve nog geen mogelijkheid geweest aan dit prospectieve systeem invulling te geven. Het bestuur van het VSV Arnhem- De Liemers heeft echter wel de wens uitgesproken dit in de nabije toekomst gezamenlijk in te voeren. Een eerstelijns verloskundige geeft hierover aan (p.c., juni 2014): *“Het lijkt me ook heel goed om samen op te trekken als je meer prospectief wilt gaan kijken naar de gezamenlijke risico's. Dat is natuurlijk alleen maar goed; goed voor de samenwerking en je krijgt ook nog eens de kans bij elkaar in de keuken te kijken”*.

Zoals hierboven is genoemd, kent het VSV Arnhem- de Liemers nog geen integraal opgezet prospectief risicomanagementsysteem. Er is echter een aantal zaken waarin wel gezamenlijk risico's worden beheerst en deze onderdelen worden hieronder besproken. Er wordt eerst ingegaan op het transmuraal melden, vervolgens wordt ingegaan op de perinatale audit en tot slot worden de gezamenlijke protocollen behandeld.

Transmuraal melden

Over het feitelijk risicomanagementsysteem zoals dat wordt toegepast in het VSV, kan worden gezegd dat niet altijd iedere respondent op de hoogte is van de mogelijkheden die reeds aanwezig zijn om bijvoorbeeld een melding te maken van een (potentieel) incident. Zo geven tien respondenten, zowel vanuit het ziekenhuis, alsook de eerstelijns verloskundigen aan dat zij nog geen meldingen kunnen maken over incidenten waarbij meerdere disciplines betrokken zijn geweest. Deze mogelijkheid is er echter wel want op de website van het Rijnstate Ziekenhuis kunnen eerstelijns verloskundigen hun meldingen invoeren. De kraamzorg is in dit systeem nog niet betrokken, de intentie is er echter wel om ook hen de mogelijkheid te bieden hun incidenten te melden.

Er wordt door een drietal verloskundigen genoemd dat dit soort systemen vaak zijn ingericht *“gewoon om een dergelijk systeem te hebben”* (Eerstelijns verloskundige, p.c., juni 2014). Het systeem heeft volgens hen geen toegevoegde waarde wanneer zo veel respondenten niet van de mogelijkheid afweten dit te gebruiken (p.c., juni 2014).

Een verklaring die kan worden gegeven voor de onbekendheid met het systeem, heeft te maken met het feit dat het transmuraal meldsysteem een jaar geleden is ontwikkeld om de verloskundigen uit de Liemers, die voorheen verbonden waren aan het ziekenhuis in Zevenaar, de mogelijkheid te geven hun angsten en onzekerheden te uiten omtrent onder andere het op tijd in het ziekenhuis kunnen zijn (Medisch directeur Ziekenhuis Rijnstate, p.c., juni 2014). De communicatie richting eerstelijns verloskundigen uit de regio de Liemers is derhalve beter geweest dan richting de verloskundigen uit de regio Arnhem. Toch gaven ook eerstelijns verloskundigen uit de regio de Liemers aan onbekend te zijn met de mogelijkheid transmuraal te melden. De medisch directeur geeft tevens aan dat het vooral een systeem is dat wordt gedragen door het ziekenhuis zelf. Het is, met andere woorden, nog niet een onderdeel dat door het VSV wordt opgepakt. Zij geeft daarbij ook aan dat het van belang is deze verantwoordelijkheid over te dragen aan het VSV, opdat de betrokkenheid van alle disciplines wordt vergroot (p.c., juni 2014).

Naast het meldsysteem waarin incidenten kunnen worden gemeld, is er tevens de mogelijkheid om als eerstelijns verloskundige een e-mail te versturen naar het ziekenhuis wanneer gegevens van cliënten foutief zijn of ontbreken. Vanuit een praktijk wordt genoemd dat zij hier veelvuldig gebruik van hebben gemaakt omdat bijvoorbeeld de datum van geboorte incorrect was of het geslacht van het kindje niet klopte (p.c., juni 2014). Opvallend is wel dat slechts twee van de zeven eerstelijns verloskundigen benoemen dat deze mogelijkheid er is. De vraag is derhalve of dit systeem bij alle betrokkenen bekend is.

Perinatale audit

De perinatale audit is een instrument dat wordt ingezet om ernstige incidenten gemeenschappelijk te analyseren en bespreken. Er wordt daartoe een werkgroep opgericht die de voorgevallen situatie “*van minuut tot minuut helemaal opschrijft*” (Gynaecoloog, p.c., juni 2014). Dit wordt gedaan aan de hand van het medisch dossier van de patiënt en interviews met betrokkenen. Vervolgens wordt dit in een bespreking met alle disciplines doorgenomen. Bij deze besprekingen kunnen wel 100 individuen deelnemen die allen lid zijn van het VSV Arnhem- De Liemers. Er wordt getracht inzicht te geven in het handelen van individuen en in de vraag of dit handelen correct was. Uiteindelijk wordt een aantal verbetermaatregelen ontwikkeld om deze situatie in de toekomst te kunnen voorkomen.

Door vijftien respondenten wordt genoemd dat het zeer belangrijk is dat deze audits in een “*veilige omgeving*” plaatsvinden. Er dient, met andere woorden, een open sfeer te zijn waarin zonder oordelen over de situatie wordt gesproken. Een eerstelijns verloskundige geeft hierover aan:

“De perinatale audit is een heel belangrijk instrument. Dat is een enorme club mensen die samenkomen. Dit kan heel heftig zijn, maar het is ook heel waardevol. De veiligheid kan wel echt een issue zijn, maar als er een goede voorzitter is dan werkt dat heel goed. Als goed wordt genoemd dat je elkaar wel mag bevragen, maar niet mag bekritisieren dan durven mensen open te zijn. En je hoeft ook niet te adviseren; mensen hebben namelijk gehandeld naar het inzicht dat zij op dat moment hadden” (Eerstelijns verloskundige, p.c., juni 2014).

Enerzijds wordt genoemd dat de perinatale audit een zeer waardevol instrument is om incidenten gezamenlijk, met meerdere disciplines te bespreken. Anderzijds wordt echter tevens genoemd dat de perinatale audits slechts aandacht schenken aan de incidenten met ernstige consequenties. Er vinden, met andere woorden, ook andere incidenten plaats die niet gezamenlijk worden besproken. Er wordt door zowel drie medewerkers van het ziekenhuis Rijnstate, als ook door 2 eerstelijns verloskundigen genoemd dat de communicatie over deze minder omvangrijke incidenten kan worden verbeterd. *“Er gebeurt nog veel meer in de verschillende organisaties en dat kunnen ook zaken betreffen die meerdere disciplines aangaan. Dit wordt echter niet in het grotere verband gebracht terwijl dat in sommige gevallen wel handig zou zijn”* (Eerstelijns verloskundige, p.c., juni 2014). Er is dus behoefte aan een aanvullend systeem waarin incidenten gezamenlijk worden besproken.

Een instrument dat hiervoor reeds aanwezig is, is het protocol parallelle actie. Dit betreft een werkafpraak waarbij een eerstelijns verloskundige direct het ziekenhuis kan bellen bij een ernstige en acuut onveilige thuissituatie, waarna een ambulance wordt gestuurd. Bovendien wordt in het ziekenhuis het OK-team direct ingeschakeld om, wanneer het noodzakelijk is, de patiënt direct te opereren. Dit betreffen derhalve altijd spoedgevallen waarbij direct tweedelijns zorg noodzakelijk is. Dit protocol loopt al een langere tijd, maar de wens is vorig jaar uitgesproken om deze situaties direct te evalueren met alle betrokkenen. Er is tevens afgesproken om van deze evaluatie een rapport te schrijven die in een map op de afdeling gynaecologie wordt bewaard. Op deze wijze wordt getracht inzicht te krijgen in de voorgevallen situatie en eventuele verbetermaatregelen die hierop kunnen worden genomen.

De vraag is echter of dit ook daadwerkelijk gebeurt. Een medewerker van de afdeling gynaecologie geeft aan dat zij dit *“slechts één keer”* heeft meegemaakt, terwijl deze spoedgevallen wel degelijk vaak voorkomen, aldus de respondent (p.c., juni 2014). Het in de praktijk invulling geven aan de afspraak over het maken van een schriftelijk rapport wordt tevens in twijfel getrokken. De betreffende respondent geeft namelijk aan dat er zeer waarschijnlijk maar één verslag in deze map zou zitten. Zij geeft echter tevens aan dat er in de map misschien wel degelijk tien verslagen zitten, maar dat er verder geen afspraken zijn gemaakt om deze verslagen naderhand te bekijken en hier verbetermaatregelen uit te filteren. De vraag is derhalve of het schriftelijk noteren, in de huidige situatie, een meerwaarde heeft. Er is immers nog een laag bewustzijn over het schrijven van het rapport én het gezamenlijk evalueren hiervan, aldus de respondent (Werknemer afdeling gynaecologie, p.c., juni 2014). Wat tevens van belang is te noemen, is het feit dat slechts één respondent refereert aan dit protocol met de bijbehorende afspraken over het evalueren én rapporteren van de situatie. Dit lijkt de vraag te bevestigen of dit protocol bekend is bij alle betrokken disciplines en hier vervolgens naar wordt gehandeld.

Gezamenlijke protocollen

In bovenstaand onderdeel is reeds gesproken over het protocol parallelle actie, dat in gezamenlijkheid is ontwikkeld. Naast dit protocol, is tevens ongeveer een twintigtal andere gezamenlijke protocollen waaraan alle disciplines zich moeten houden. Dit betreffen allemaal protocollen die zowel voor de eerste- als de tweedelijns van belang zijn, en waarbij eenduidig

handelen moet worden geborgd (Gynaecoloog, p.c., juni 2014). Om dit eenduidig handelen te borgen is een samenwerkingsovereenkomst ingericht waarin staat vermeld dat eerstelijns verloskundigen zich moeten houden aan de protocollen die binnen het VSV Arnhem- De Liemers gelden. Een eerstelijns verloskundige geeft te kennen dat zij dit een goede manier vindt om de verschillende actoren op eenzelfde manier te laten werken. Zij zegt: *“Ik denk dat deze samenwerkingsovereenkomst heel belangrijk is want anders krijg je natuurlijk een wildgroei van allemaal praktijken die maar gewoon doen wat ze willen”* (Eerstelijns verloskundige, p.c., juni 2014).

Hierbij wordt echter wel genoemd dat deze protocollen grotendeels door de eerstelijns verloskundigen en het ziekenhuis Rijnstate zijn gemaakt. De kraamzorg is hier tot op heden nog onvoldoende in betrokken. Een gynaecoloog zegt hierover het volgende (p.c., juni 2014): *“Ik denk dat je de kraamzorg zeker moet gaan betrekken bij het ontwikkelen van protocollen waar dat nodig is en dat kan ook een aanvulling zijn op de protocollen die we al hebben. Dit zorgt er namelijk voor dat we allemaal hetzelfde zeggen en hetzelfde doen en dit voorkomt verwarring. Ook richting de patiënt is dat natuurlijk fijn. Dat is ook wat we willen bewerkstelligen met het intensiever samenwerken in het VSV; dat we allemaal hetzelfde zeggen en dezelfde informatie geven”*.

Naast het feit dat de kraamzorg nog onvoldoende betrokken is bij de protocollen die hen aangaan, wordt tevens genoemd dat het ontwikkelen van gezamenlijke protocollen zeer tijdrovend is. Een eerstelijns verloskundige geeft aan dat de protocollen *“veel te veel heen en weer gaan. Maar dat komt natuurlijk doordat je er samen uit moet komen en iedereen heeft dan toch zijn eigen mening en iedereen wil “de puntjes op zijn eigen i zetten”*. Dat duurt soms gewoon heel erg lang en je moet soms echt bereid zijn om mee te geven. (p.c., juni 2014). Ook een gynaecoloog geeft aan dat er in het nieuwe VSV een efficiëncyslag moet worden gemaakt omtrent het ontwikkelen en accorderen van de protocollen. Zij geeft aan dat *“de protocollenclub een kleinere club moet worden, waarbij er punten worden benoemd en het protocol wordt gemaakt. Vervolgens moet dit worden rondgestuurd waarbij een bepaalde periode wordt ingelast waarin feedback kan worden gegeven. Hierna moet het protocol worden geaccordeerd”* (Gynaecoloog ziekenhuis Rijnstate, p.c., juni 2014).

Ondanks het feit dat het gezamenlijk ontwikkelen van protocollen zeer tijdrovend is, heeft deze aanpak ook een voordeel. Doordat alle betrokken disciplines inbreng hebben bij de invulling van een protocol, is het immers wel een *“gedragen protocol, waar iedereen zich prima aan houdt”* (Gynaecoloog, p.c., juni 2014). Dit wordt bevestigd door meerdere respondenten, uit zowel het Rijnstate Ziekenhuis en de eerstelijns verloskundigenpraktijken.

5.3.2 Beleving risicomanagementsysteem VSV Arnhem- De Liemers

Wanneer wordt gekeken naar de beleving van het huidig gezamenlijk risicomanagementsysteem, is een aantal zaken interessant te behandelen. Allereerst wordt ingegaan op de verschillen die worden ervaren in de interpretatie van een risico tussen eerstelijns verloskundigen en tweedelijns zorgverleners. Vervolgens wordt ingegaan op het ervaren van hiërarchische structuren binnen het VSV Arnhem- De Liemers. Deze onderwerpen vormen beiden een risico voor het succesvol uitoefenen van een risicomanagementsysteem en dit wordt vervolgens behandeld en beargumenteerd. Hierna

wordt ingegaan op een tweetal factoren die door de respondenten als positief worden ervaren. Allereerst wordt ingegaan op het feit dat het gezamenlijk aangepakte risicomanagementsysteem zorgt voor meer inzicht in elkaars handelen. Vervolgens wordt behandeld dat de samenwerking leidt tot een betere aanpak van de gezamenlijke risico's, juist omdat er specifieke risico's zijn verbonden aan het samenwerken.

Alvorens echter inhoudelijk op de beleving van het gezamenlijk risicomanagementsysteem in te gaan, is het van belang te noemen dat hetgeen in deze paragraaf wordt beschreven, in paragraaf 5.4 tevens wordt behandeld. In paragraaf 5.4 wordt namelijk een vergelijking gemaakt tussen de behandelde wetenschappelijke benaderingen uit het theoretisch kader en de beleving van het risicomanagementsysteem, waardoor de genoemde factoren in een breder, theoretisch, perspectief te plaatsen zijn.

Interpretatie risico door eerste- en tweedelijns zorg

Vanuit zowel de eerstelijns verloskundigen, als ook de medewerkers van het ziekenhuis Rijnstate wordt gewezen op het zogenoemde “*wij-zij denken*” waarmee wordt bedoeld op de verschillende manieren waarop de risico's voor de patiënten worden beleefd. Er wordt door drie eerstelijns verloskundigen gewezen op het feit dat er een spagaat waarneembaar is in het fysiologisch denken van de eerstelijns verloskundigen en het pathologisch denken van de werknemers van het ziekenhuis. Zij geven allen aan dat de werknemers van het ziekenhuis kijken naar alle risico's die kunnen opspelen, terwijl een eerstelijns verloskundige de “*normale, minder risicovolle*” zwangerschappen begeleidt. Een eerstelijns verloskundige geeft hierover het volgende aan: “*Zij [werknemers ziekenhuis] hebben van de honderd bevallingen er tachtig bijzitten die extra zorg nodig hebben. Maar van de honderd bevallingen die wij doen, hebben er twintig extra zorg nodig. Dat maakt dat we er anders naar kijken*” (p.c., juni 2014). Ook de geïnterviewde kinderarts ervaart dit “*wij-zij denken*”. Deze respondent geeft aan dat het wij-zij principe zou moeten verdwijnen. Het gehele verloskundige systeem in Nederland wordt “*artificieel*” genoemd; het systeem werkt het wij-zij denken in de hand omdat zowel eerstelijns- als tweedelijnszorg hun eigen domein hebben. Hij verwijst daarbij tevens naar de gedachte dat eerstelijns verloskundigen niks te maken zouden hebben met pathologie. Hier is de kinderarts het echter niet mee eens. Hij zegt hierover:

“Het is niet waar dat eerstelijns verloskundigen alleen te maken hebben met fysiologie, want zij moeten pathologische casussen wel degelijk herkennen. Het is een Cruyffiaanse gedachte: Als je niet weet wat je moet zien, dan zie je het gewoon niet. Er wordt daarom een screening gedaan door de verloskundigen omdat je weet dat er ook pathologische patiënten tussen zitten en dat moet je je als eerstelijns verloskundige realiseren. Maar dat idee is helaas nog niet volledig doorgedrongen bij hen”. (p.c., juni 2014)

Het is, met andere woorden, voor zowel eerste- als tweedelijns zorg niet bevredigend om in het wij- zij principe te denken. Het belang van de patiënt wordt daarmee niet erkend, terwijl dit voorop zou moeten staan.

Hiërarchie

Vanuit alle disciplines wordt door negen respondenten genoemd dat er, ondanks de *“liberale grondslag in Nederland”*, wel degelijk nog sprake is van een hiërarchische structuur (Werknemer afdeling obstetrie, p.c., juni 2014). De directeur van de kraamzorgorganisatie noemt het volgende: *“Die hiërarchie is er nog steeds en dan heb je de gynaecologen hoog in de top, eerstelijns verloskundigen in het midden en de kraam bungelt daar ergens onderaan. Wij zitten echt een stuk lager hoor; onderop”* (Directeur de Kraamvogel, p.c., juni 2014). Ook drie eerstelijns verloskundigen beaamen dat er nog steeds sprake is van een hiërarchische verhouding, waarbij tevens wordt gewezen op een *“grondhouding van autoriteit”* (Eerstelijns verloskundige, p.c., juni 2014). Dit belemmert de betrokken respondenten in het openlijk communiceren over de situatie en risico's die hieraan verbonden kunnen zijn. Een eerstelijns verloskundige geeft aan het zeer lastig te vinden om feedback of suggesties te geven omdat er wel degelijk sprake is van hiërarchie. Bovendien wordt dit openlijk communiceren lastig bevonden omdat *“je op de stoel van die persoon gaat zitten”*. Hiermee wordt bedoeld op de scheiding tussen disciplines, waarbij iedere actor vanuit zijn of haar eigen specialisme handelt. Het geven van suggesties kan daardoor worden ervaren als onnodige bemoeienis (Eerstelijns verloskundige, p.c., juni 2014).

Er wordt echter wel genoemd dat deze machtsverhouding in het verleden veel sterker was en het gevoel van *“ja dokter, nee dokter”* behoort wel degelijk steeds meer tot het verleden (Eerstelijns verloskundige, p.c., juni 2014). Hierbij wordt tevens, door een andere eerstelijns verloskundige, gewezen op de *“verbindende rol van de klinisch verloskundige”*. De communicatie is door deze functie, die is belegd in het ziekenhuis, zeer verbeterd. Zij zegt: *“Zij zijn echt een brug geworden. Het is veel toegankelijker geworden. En ik heb ook veel meer het gevoel alsof ik een casus gewoon met mijn collega aan het bespreken ben, in plaats van met een specialist met veel meer kennis”* (Eerstelijns verloskundige, p.c., juni 2014).

Negatieve consequenties andere interpretatie en hiërarchie

Uit de interviews met de respondenten uit zowel eerste- als tweedelijnszorg blijkt dat de verschillende interpretaties omtrent risico's enerzijds, en de hiërarchische verhouding anderzijds kunnen leiden tot onbegrip in elkaars handelen. Een meerderheid van de verloskundigen geeft aan dat deze andere interpretatie kan leiden tot een verminderde bereidheid cliënten over te dragen en daardoor wordt er meer buiten de gemaakte afspraken gelaveerd. Zo geeft een verloskundige een inhoudelijk voorbeeld waarbij een cliënt bij een zwangerschap van 42 weken moet worden opgenomen in het ziekenhuis om de bevalling in te leiden. De afspraak hierbij is om de mevrouw om 8.00 uur 's ochtends aan het infuus te leggen. Wanneer mevrouw om 11.00 uur *“gezond en wel”* is bevallen, moet zij nog 24 uur in het ziekenhuis verblijven. De eerstelijns verloskundige vraagt zich hierbij af *“waar we met zijn allen mee bezig zijn”*, gezien het feit dat dit 24 uur durend verblijf in het ziekenhuis niet nodig is als mevrouw na 41 weken en 6 dagen wordt ingeleid (p.c., juni 2014).

Bovendien leidt de andere interpretatie en de hiërarchische verhouding tot een minder open sfeer waarbij met name de eerstelijns verloskundigen aangeven het moeilijk te vinden om in alle openheid vragen te stellen of een discussie te starten. Wanneer wordt gekeken naar

de theorie omtrent risicomanagement wordt echter juist genoemd dat deze openheid, waarbij werknemers zonder schroom aan kunnen geven wat er volgens hen gaande is, van belang is om risico's in een organisatie te verminderen.

Door de respondenten wordt tevens een tweetal factoren genoemd die een positieve invloed hebben op de beleving en ervaring waarop in het VSV Arnhem- De Liemers risico's worden beheerst. Deze twee factoren worden derhalve nu behandeld.

Inzicht in elkaars handelen

De directeur van de Kraamvogel geeft aan dat het verkrijgen van inzicht in het handelen van een ander positieve gevolgen heeft voor het beheersen van risico's in het samenwerkingsverband. Zij zegt (p.c., juni 2014):

“Een gezamenlijk risicomanagementsysteem geeft heel veel inzage in, en begrip voor elkaars handelen want juist doordat je bij elkaar zit krijg je heel veel inzage in andermans keuken. En dat is vaak waar het nog aan schort. Doordat je zo op je eigen domein zit en blijft, heb je soms niet in beeld wat de consequenties van jouw handelen zijn voor de andere disciplines. En dan denk jij dat je goed handelt en dat doe je ook naar eer en geweten, maar de consequentie voor de ander kan volledig anders zijn. En dat risico voor de ander kan je misschien wel heel makkelijk ondervangen. Dus ik denk dat een gezamenlijk risicomanagementbeleid zeker een heel goede basis is om risico's te kunnen ondervangen”.

Ook een grote meerderheid van de eerstelijns verloskundigen én werknemers van het Rijnstate Ziekenhuis geven aan dat het gezamenlijk risicomanagementsysteem bijdraagt in het inzicht in elkaars handelen. Een eerstelijns verloskundige vult dit aan met het belang van dit inzicht in elkaars handelen voor de open manier van communiceren tussen de disciplines. Het zou volgens haar namelijk leiden tot een meer begripvolle houding (p.c., juni 2014).

Gezamenlijk risico's beheersen

Alle respondenten zien het belang in van een gezamenlijk risicomanagementsysteem, waarbij tevens wordt genoemd dat er in het huidige systeem stappen moeten worden gemaakt. Er zijn specifieke risico's verbonden aan de samenwerking tussen de verschillende organisaties. Patiënten worden in de huidige constructie immers overgedragen aan een andere organisatie waarbij communicatie over de complicaties en situatie van groot belang is om de juiste zorg te kunnen verlenen. Daar waar de communicatie en het vertrouwen echter achterblijven, kan de kwaliteit van zorg in het geding komen, aldus een eerstelijns verloskundige (p.c., juni 2014). Een werknemer van het ziekenhuis Rijnstate vult dit als volgt aan: *“Het is leuk dat je allemaal in je eigen hokje, in je eigen wereldje zit, maar juist op de raakvlakken moet je met elkaar in gesprek gaan. En juist bij een overdracht moeten wij met elkaar in gesprek zijn want dat zijn onze raakvlakken”* (p.c., juni 2014). Een gezamenlijk risicomanagementbeleid kan volgens hen een goede manier zijn om inzicht te krijgen in de gezamenlijke risico's om deze vervolgens integraal te kunnen verminderen.

Uit alle 24 interviews blijkt dat de respondenten de meerwaarde inzien van een gezamenlijk risicomanagementsysteem als basis om risico's te beheersen. Een manager van

het Rijnstate Ziekenhuis geeft aan: *“Het is voor mij logisch om naar de kwaliteit van de keten te kijken en dat je daarbij ook risico’s inschat. Je zou met zijn allen moeten kijken welke risico’s er zijn die de kwaliteit van de zorg kunnen verminderen. Als je dat eenmaal weet kan je daar ook gericht op gaan sturen en dat is voor mij vanzelfsprekend”* (p.c., juni 2014).

5.3.3 Resumerend

In deze paragraaf is allereerst het gezamenlijk risicomanagementbeleid van het VSV Arnhem-De Liemers beschreven. Hierbij is enerzijds ingegaan op de afwezigheid van een prospectief risicomanagementsysteem, waarbij genoemd dient te worden dat het een nadrukkelijke wens is van alle betrokken actoren om dit in de dichtbij toekomst in te richten. Anderzijds wordt er reeds een aantal instrumenten ingezet om de gezamenlijke risico’s te beheersen. Er is ingegaan op het transmuraal melden, waarbij de eerstelijns verloskundigen incidenten en risico’s kunnen melden in het VIM-meldsysteem van het Ziekenhuis Rijnstate. Bovendien wordt er gemiddeld twee keer per jaar een perinatale audit georganiseerd waarin ernstige incidenten met alle betrokken actoren worden besproken. Dit wordt als zeer leerzaam ervaren door de betrokkenen. Daarnaast is er ongeveer een twintigtal gezamenlijke protocollen waarmee wordt getracht risico’s te verminderen.

Vervolgens is ingegaan op de beleving en ervaring van dit gezamenlijk risicomanagementsysteem. Er is daartoe allereerst ingegaan op twee zaken die het gezamenlijk beheersen van risico’s kunnen belemmeren. Dit betreft enerzijds de verschillende interpretatie van risico’s door eerstelijns en tweedelijns zorgverleners. Er is door de respondenten veel gesproken over het wij-zij denken; de andere denkwijze over risico’s. Anderzijds wordt het gezamenlijk beheersen van risico’s belemmerd door het ervaren van hiërarchie. Deze twee zaken hebben een negatieve invloed op de gezamenlijke aanpak van risico’s, aldus een grote meerderheid van de respondenten. Er worden echter ook twee zaken genoemd die de gezamenlijke aanpak van risico’s bevorderen. Het inzicht in elkaars handelen wat wordt verkregen door het gezamenlijk beheersen van risico’s is voor alle betrokken actoren een stimulans om samen een risicomanagementbeleid te ontwikkelen. Bovendien draagt het erkennen van de specifieke risico’s als gevolg van het samenwerken tussen de organisaties bij aan een groter belang van een integraal systeem, aldus de respondenten.

5.4 Discrepanties theorie en praktijk

Deze paragraaf tracht een antwoord te geven op deelvraag vijf en zes van het onderzoek. Allereerst wordt daartoe kort weergegeven wat er in het theoretisch kader is besproken. Vervolgens worden de uitkomsten uit het theoretisch kader naast de uitkomsten van de analyse gelegd.

In het theoretisch kader zijn twee benaderingen omtrent risicomanagement behandeld, te weten: *Enterprise Risk Management (ERM)* en *High Reliability Organizations (HRO)*². Het gedachtegoed van ERM wordt gekenmerkt door een top-down aanpak van risico’s omdat volgens deze benadering improvisatie bij risicovolle situaties tekortschiet. Bovendien wordt er

² De Normal Accident Theory wordt achterwege gelaten omdat dit gedachtegoed gericht is op het accepteren van risico’s en incidenten, zoals tevens is besproken in het theoretisch kader

beschreven dat risico's integraal en voor de gehele organisatie moeten worden beheerst. De HRO benadering wijst echter op het belang van een alerte houding van werknemers om risico's goed te kunnen beheersen. Dit wordt gezien als een bottom-up proces van risicomanagement, omdat werknemers hierbij immers een grote verantwoordelijkheid hebben.

In dit hoofdstuk is allereerst inzicht gegeven in het huidige en feitelijk aanwezige risicomanagement bij de afzonderlijke actoren. Met name het Ziekenhuis Rijnstate brengt het gedachtegoed van ERM in de praktijk omdat zij een zeer top-down gerichte benadering van risicobeheersing hanteren. Werknemers krijgen ook in deze organisatie een belangrijke signaleringsfunctie die zij kunnen uiten middels het VIM-meldsysteem. De eerstelijnsverloskundigenpraktijken hebben een veel meer HRO-gerichte aanpak van risico's. In deze organisaties is veelal minder vastgelegd om risico's structureel en periodiek te beheersen. Er is daarentegen een groot besef en een grote alertheid bij de werknemers om hiaten en gevaren doeltreffend in te schatten en te beheersen. De kraamzorgorganisaties zijn een ERM-gerichte aanpak van risico's aan het ontwikkelen, waarbij veel verantwoordelijkheid bij het management wordt gelegd. Ook hier krijgen werknemers een signaleringsfunctie, maar uit de interviews is gebleken dat hier in de praktijk weinig gebruik van wordt gemaakt, zoals tevens bij het ziekenhuis Rijnstate kan worden genoemd.

Vervolgens is ingegaan op de beleving en ervaringen van het risicomanagementsysteem bij de afzonderlijke actoren. Merkbaar was dat de vijf geïnterviewde werknemers van het Ziekenhuis Rijnstate inhoudelijk weinig konden vertellen over het gehanteerde risicomanagementsysteem. Zij waren wel bekend met het meldsysteem maar maakten hier allen weinig gebruik van. De vier geïnterviewde managementleden konden meer vertellen over de wijze waarop risico's in het ziekenhuis worden beheerst. De bekendheid met het feitelijk risicomanagementsysteem, ingericht volgens de principes van ERM, was gering. Toch hadden alle respondenten uit het ziekenhuis een intrinsieke motivatie om de zorg voor de zwangere zo veilig mogelijk te verrichten. Zij voelden, met andere woorden, allen de verantwoordelijkheid om de zorg voor de zwangere zo goed mogelijk in te richten. Eerstelijns verloskundigen voelen zich allen tevens erg verantwoordelijk om de zorg voor een zwangere met zo min mogelijk gevaren en risico's in te richten. In de dagelijkse praktijk schatten zij altijd de risico's op complicaties in, ondanks de afwezigheid van een structureel risicomanagementsysteem. Ook in de kraamzorg is merkbaar dat de bekendheid met het gehanteerde risicomanagementsysteem gering is, met name bij de werknemers uit de praktijk. Er is, met andere woorden, geen bewustzijn omtrent het feitelijke risicomanagementsysteem dat wordt gehanteerd. Er is daarentegen bij alle respondenten een duidelijke alertheid op mogelijke gevaren, met name voor de patiënten.

Bovendien wordt door een meerderheid van de respondenten gewezen op het belang van een toegevoegde waarde van het risicomanagementsysteem. Er moet volgens hen geen sprake zijn van een *“systeem om een systeem te hebben”* maar het zou daadwerkelijk bij moeten dragen aan het beheersen van de risico's. Daarbij wordt tevens genoemd dat hier volgens hen voornamelijk sprake van is wanneer de werknemers zelf gericht zijn op het verminderen van risico's doordat zij het gehanteerde risicomanagementsysteem in de praktijk

erkennen, accepteren en hiernaar handelen. Een meerderheid van de respondenten heeft gewezen op het belang van een alerte houding *“want wanneer een werknemer alert is op risico's, kunnen maatregelen worden getroffen om de risico's te beperken”* (Eerstelijns verloskundige, p.c., juni 2014).

Hetgeen hierboven is beschreven, sluit aan bij het gedachtegoed van HRO. Deze benadering beargumenteert immers dat een werknemer alert moet zijn op afwijkingen van de norm, omdat dit volgens de theorie risico's in de praktijk daadwerkelijk zou verminderen. Aan het gedachtegoed van ERM wordt door de respondenten veel minder belang gehecht. Een meerderheid geeft namelijk aan dat een risicomanagementsysteem moet waken om een *“papieren tijger”* te worden, zonder dat het systeem daadwerkelijk bijdraagt aan het reduceren van de risico's. Dit risico wordt volgens hen gelopen wanneer het risicomanagementsysteem een systeem is dat op managementniveau belangrijk wordt gevonden, zonder dat het daadwerkelijk wordt gedragen door de werkvloer.

Vervolgens is ingegaan op het integrale risicomanagementsysteem dat aanwezig is in het VSV Arnhem- De Liemers. Er is daarbij genoemd dat er nog geen prospectief, noch integraal risicomanagementsysteem aanwezig is waaraan de verschillende disciplines zich committeren. Wanneer wordt gekeken naar de behandelde theorieën, kan worden genoemd dat de ERM-benadering nog nauwelijks tot uiting komt in de inrichting van het gezamenlijk risicomanagementsysteem. Er is immers nog geen structurele of periodieke borging van de risico's wat is vastgelegd in beleid. Toch is er ook een aantal beheersmaatregelen die integraal worden aangepakt. Wanneer wordt gekeken naar het transmuraal melden en de perinatale audit kan worden geconcludeerd dat dit vanuit de HRO-gedachte wordt benaderd, zij worden immers beiden bottom-up ingevuld (de inhoud is afhankelijk van de medewerking van de disciplines). Er wordt namelijk bij beide maatregelen gevraagd om een alerte houding van werknemers bij het beheersen van risico's en het voorkomen van incidenten.

In deze paragraaf is tevens ingegaan op de beleving en ervaring van de respondenten omtrent dit gezamenlijk risicomanagementbeleid. Opvallend hierbij is dat het gedachtegoed van de HRO-benadering als zeer belangrijk wordt ervaren. De respondenten vinden het namelijk belangrijk dat er een open sfeer is waarin elke discipline aan durft te geven waar volgens hen risico's zichtbaar zijn. Er zijn twee onderwerpen behandeld die deze open sfeer en alerte houding tegenwerken, namelijk: de andere interpretatie van risico's door eerste- en tweedelijnszorgverleners en het ervaren van hiërarchie. De HRO-benadering beschrijft het grote belang van een open sfeer waarin werknemers openlijk kunnen meedenken over mogelijke problemen. Zowel het ervaren van hiërarchie als het wij-zij denken belemmeren echter de veilige sfeer, waardoor werknemers zich niet vrij voelen om de risico's die zij in de praktijk herkennen durven te uiten. Er is ook een tweetal onderwerpen behandeld die de gezamenlijke invulling van het risicomanagementsysteem stimuleren, namelijk: het verkrijgen van inzicht in elkaars handelen en het erkennen van specifieke risico's die gezamenlijk moeten worden beheerst. Ook deze onderwerpen kennen veel overlap met het gedachtegoed van de HRO-benadering omdat ook hier een grote verantwoordelijkheid bij de werknemers wordt gelegd, wat een bottom-up beheersing van risico's impliceert.

Concluderend kan worden genoemd dat volgens de wetenschappelijke literatuur een synthese van de ERM- en de HRO-benadering zou moeten leiden tot een optimaal risicomanagementsysteem, zoals reeds is beargumenteerd in paragraaf 3.5.2.. De feitelijke risicomanagementsystemen in de verschillende organisaties van het VSV Arnhem- De Liemers kennen echter een dergelijke synthese niet. In zowel het Rijnstate Ziekenhuis, als ook de kraamzorgorganisaties is het risicomanagementsysteem ingericht volgens het gedachtegoed van de ERM-benadering. Deze benadering beargumenteert dat een top-down ingericht risicomanagementsysteem leidt tot een optimale beheersing van de risico's. Aan het gedachtegoed van de HRO-benadering wordt bij beide organisaties minder belang gehecht. Een van de verklaringen voor de wijze waarop de risicomanagementsystemen in zowel het ziekenhuis als de kraamzorgorganisaties zijn ingericht, heeft betrekking op de wettelijke verplichting die zorginstellingen hebben, zoals ook aan bod is gekomen in het beleidskader (hoofdstuk 2). De eerstelijns verloskundigenpraktijken hebben echter wel een HRO-gerichte aanpak van de risico's. Er is namelijk weinig vastgelegd omtrent risicomanagement en een controle-element is tevens niet ingebouwd in het systeem, zoals juist wordt beargumenteerd door de ERM-benadering. Een verklaring hiervoor kan gevonden worden in het feit dat de eerstelijns verloskundigenpraktijken een kleine omvang kennen. Een uitgebreid risicomanagementsysteem wordt daarbij niet als zinvol ervaren.

De respondenten geven aan een groot belang te hechten aan de HRO-benadering waarbij de alerte houding van werknemers zou moeten leiden tot de beheersing van risico's. De respondenten vinden het zeer belangrijk mee te denken en mee te beslissen wanneer het gaat om risicovermindering. De ERM-benadering wordt door een meerderheid echter als negatief en belemmerend ervaren omdat de gehanteerde regels kunnen leiden tot een starre houding waarbij geen ruimte is om in te spelen op situaties. Bovendien wordt door een grote meerderheid van de respondenten genoemd dat een uitgebreid, vastgelegd risicomanagementsysteem het gevaar kent een *“papieren tijger”* te worden dat zijn doel voorbij schiet. Om de risico's in de praktijk te kunnen reduceren, is het, in navolging van het HRO-gedachtegoed, noodzakelijk dat een werknemer *“niet alleen komt, zijn hersenen afgeeft en op de automatische piloot zijn werk doet. Een medewerker moet innovatief en creatief te werk kunnen gaan. Een medewerker moet, met andere woorden, zelf de mogelijkheid krijgen om met verschillende situaties om te gaan”* (Directeur Liemerscare, p.c., juni 2014). Aan de vrijheid en verantwoordelijkheid die respondenten krijgen om in te spelen op risicovolle situaties wordt grote waarde gehecht. Dit kan derhalve een verklaring zijn waarom de respondenten de HRO-benadering prefereren.

6. Conclusie en aanbevelingen

6. Conclusie en aanbevelingen

In dit afsluitende hoofdstuk wordt allereerst de conclusie beschreven, waarbij de antwoorden worden gegeven op de deelvragen. Hierna volgt een antwoord op de hoofdvraag. Paragraaf 6.2 bevat aanbevelingen om een optimaal en integraal risicomanagementsysteem te ontwikkelen in het VSV Arnhem- De Liemers. Dit hoofdstuk wordt besloten met de discussie in paragraaf 6.3.

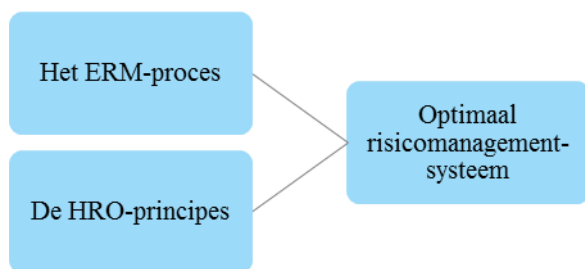
6.1 Conclusie

In deze paragraaf wordt een antwoord gegeven op de in paragraaf 1.2 geformuleerde probleemstelling en deelvragen. Daartoe wordt eerst een kort antwoord gegeven op elke deelvraag, waarbij de gegeven antwoorden leiden tot de beantwoording van de hoofdvraag. In dit onderzoek is een drietal niveaus onderscheiden waarop een optimaal risicomanagementsysteem kan worden beschreven en erkend. Het eerste niveau heeft betrekking op de theoretische benadering, die aan bod is gekomen in het theoretisch kader.

1. *Welke benaderingen worden in de wetenschappelijke literatuur omtrent (integraal) risicomanagement beschreven?*

Er zijn drie heterogene benaderingen behandeld in het theoretisch kader. Er is ingegaan op het gedachtegoed van de ERM-benadering. Dit betreft een weldoordachte top-down benadering, waarbij het management de inrichting van het risicomanagementsysteem beheerst middels het ontwikkelen van regels en protocollen. Uitgangspunt hierbij is de gedachte dat improvisatie in risicovolle situaties tekort schiet. De tweede theorie die is behandeld is de HRO-benadering, waarbij werknemers een grote rol krijgen toebedeeld in de beheersing van risico's. Dit betreft derhalve een bottom-up gerichte aanpak van risico's. Er wordt in deze theorie gevraagd om een alerte houding waarbij de werknemers risico's moeten signaleren en hier op weten in te spelen. Tot slot is de NAT-theorie kort aan bod gekomen. De gedachte hierachter is dat risico's en incidenten moeten worden geaccepteerd in bepaalde sectoren, omdat deze toch niet te elimineren zijn. Deze theorie sluit niet aan bij de verwachting dat een optimaal risicomanagementsysteem risico's kan verminderen en derhalve is dit gedachtegoed niet uitgebreider behandeld.

Ondanks de heterogeniteit van de ERM-benadering en HRO-benadering wordt verwacht dat een synthese hiervan zal leiden tot een optimaal risicomanagementsysteem. Enerzijds blijken de harde aspecten van het ERM-gedachtegoed van belang om risico's te beheersen. Anderzijds wordt vanuit de wetenschappelijke literatuur een bottom-up proces van risicomanagement noodzakelijk geacht om het risicomanagementsysteem tot in de geleerden van de organisatie door te laten dringen. Er is daartoe een tweetal conceptueel modellen aan bod gekomen in paragraaf 3.5.2, die de ERM- en de HRO-benadering kort hebben samengevat. De integratie van deze twee modellen leidt tot het volgende conceptueel model voor een optimaal risicomanagementsysteem:



Figuur 1: Conceptueel model optimaal risicomanagementsysteem

Vervolgens is het tweede niveau in de analyse van dit onderzoek aan bod gekomen. Dit tweede niveau heeft betrekking op de feitelijke inrichting van het risicomanagementsysteem. Hiertoe zijn twee deelvragen opgesteld.

2. *Op welke wijze(n) wordt het risicomanagement bij de afzonderlijke actoren binnen het VSV vormgegeven?*

Er zijn drie actoren waarvan het risicomanagementsysteem is beschreven. Allereerst is Ziekenhuis Rijnstate behandeld, waaronder ook de gynaecologen vallen. Dit risicomanagementsysteem is omvangrijk en is gebouwd op het idee van de ERM-benadering. Er wordt een onderscheid gemaakt naar organisatie- en afdelingsniveau. Het systeem kent voor beide niveaus een andere aanpak van de risico's. Wel is er voor beide niveaus een "loop" ingericht, zodat de effectiviteit van bepaalde beheersmaatregelen kan worden geanalyseerd.

De eerstelijns verloskundigenpraktijken hebben een veel minder structurele aanpak van risico's in de organisatie. Er is veelal weinig vastgelegd over de wijze waarop wordt omgegaan met incidenten. Concluderend kan worden genoemd dat er veelal op ad hoc basis wordt omgesprongen met risico's en incidenten.

Tot slot is het risicomanagementsysteem van de kraamzorgorganisaties aan bod gekomen. De twee onderzochte kraamzorgorganisaties ontwikkelen een risicomanagementsysteem dat is gebouwd op het ERM-gedachtegoed. Het management krijgt namelijk een grote verantwoordelijkheid in het ontwikkelde systeem.

3. *In hoeverre wordt het risicomanagement reeds integraal in het VSV toegepast?*

Tevens is behandeld wat er in de praktijk van het VSV Arnhem- De Liemers wordt ondernomen ten aanzien van risicomanagement. Hierbij is ingegaan op de afwezigheid van een prospectief risicomanagementsysteem waarbij het een wens is om dit in de nabije toekomst gezamenlijk in te richten. Er is echter ook een aantal instrumenten die gezamenlijk worden ingezet om risico's te beheersen. Sinds 2013 is er de mogelijkheid om als eerstelijns verloskundige incidenten en risico's te melden in het VIM-meldsysteem van het Ziekenhuis Rijnstate. Het is de intentie om tevens de kraamzorg in dit systeem te betrekken. Bovendien wordt er gemiddeld twee keer per jaar een perinatale audit georganiseerd waarin ernstige incidenten met alle betrokken actoren worden besproken. Deze audits worden als zeer

waardevol en leerzaam ervaren. Daarnaast is er ongeveer een twintigtal gezamenlijke protocollen waarmee wordt getracht risico's te verminderen.

Naast de optimale inrichting van een risicomanagementsysteem in de praktijk en de feitelijke inrichting van het risicomanagement in de praktijk van het VSV, is tevens gekeken naar de behoeften en ervaringen omtrent risicomanagement van de betrokken actoren op zowel afzonderlijk als integraal niveau.

4. Hoe wordt het huidige risicomanagementsysteem op het niveau van de afzonderlijke organisaties en het integrale risicomanagementsysteem ervaren door de betrokken actoren?

Allereerst wordt kort beschreven wat de ervaringen zijn van de respondenten omtrent het risicomanagementsysteem van de eigen organisatie. De respondenten van het Rijnstate Ziekenhuis hebben erg diverse ervaringen met het risicomanagementsysteem. Het management is zeer bekend met het systeem en ziet hier tevens het belang van in. De werknemers en gynaecologen zien echter de meerwaarde van het omvangrijke systeem niet in en maken derhalve ook zeer weinig gebruik van de mogelijkheid om incidenten te melden. Bovendien zijn de werknemers en gynaecologen weinig bekend met de verschillende manieren waarop het risicomanagementsysteem is ingericht. Er moet volgens de werkvloer worden gewaakt voor een te omvangrijk systeem wat zijn doel, het reduceren van risico's, voorbij schiet.

De eerstelijns verloskundigen zijn zeer betrokken bij het beheersen van risico's. De respondenten voelen zich zeer verantwoordelijk de zorg voor de zwangere zo goed mogelijk en met zo min mogelijk risico's in te richten. Ook hier wordt echter gewezen op de belemmerende werking van regels omdat daarmee de situatie van de patiënt uit het oog kan worden verloren. Toch wordt tevens genoemd dat protocollen en regels tevens een meerwaarde kennen doordat zij een structurerende werking hebben en ervoor zorgen dat individuen geen handelingen over het hoofd zien.

De respondenten uit de kraamzorgorganisaties schetsen eenzelfde beeld als de respondenten van het Rijnstate Ziekenhuis. De gedane meldingen door de kraamverzorgenden zijn het topje van de ijsberg; er worden namelijk zeer weinig incidenten gemeld. Dit zou kunnen duiden op een klein bewustzijn van de mogelijke risico's. De twee geïnterviewde kraamverzorgenden zijn echter zeer alert op afwijkingen en sturen hier in de gezinssituatie wel degelijk bij. De directeurs van de organisaties zien tevens het belang in van een alerte houding van de werknemers, daar de werknemers de risico's in de praktijk tegenkomen en hier situationeel mee om moeten gaan.

De optimale inrichting van het gezamenlijk risicomanagementsysteem wordt door twee zaken belemmerd, aldus de respondenten. Allereerst is er gewezen op de andere interpretatie van risico's, waarmee wordt bedoeld op het wij-zij denken; de andere denkwijze over risico's. Eerstelijns en tweedelijns zorgverleners geven beiden aan dat de focus van beide groepen heel anders is omdat eerstelijns zorgverleners weinig risicogroepen onder ogen komen en de

tweedelijns zorgverleners juist veel. Bovendien is gesproken over hiërarchische verhoudingen die de optimale inrichting van het risicomanagementsysteem kunnen belemmeren. Toch is ook een tweetal factoren behandeld die de optimale inrichting van een risicomanagementsysteem ten goede komen. Er is daartoe ingegaan op het verkrijgen van inzicht in elkaars handelen, waardoor er meer begrip komt voor bepaalde standpunten. Bovendien draagt het erkennen van specifieke risico's, als gevolg van het samenwerken tussen verschillende organisaties, bij aan het optimaal kunnen inrichten van een gezamenlijk risicomanagementsysteem.

De vijfde en zesde deelvraag hebben betrekking op de discrepantie tussen de theoretische benadering, de feitelijke invulling van het risicomanagementsysteem in de praktijk en de ervaringen hieromtrent. Deze deelvragen worden tezamen beantwoord, ze hebben immers beiden betrekking op de mogelijke discrepanties.

5. *Welke discrepanties, omtrent de invulling van risicomanagement, kunnen worden vastgesteld tussen de beoogde systemen die uit het theoretisch kader voortvloeien, de aanwezige risicomanagementsystemen in de praktijk van het VSV Arnhem- De Liemers en de ervaring van het risicomanagementsysteem door de betrokken actoren?*
6. *Welke verklaringen zijn te geven voor de gevonden discrepanties?*

Uit het theoretisch kader is gebleken dat een synthese van de ERM-benadering en de HRO-benadering zou moeten leiden tot een optimaal risicomanagementsysteem, zoals reeds is beargumenteerd in paragraaf 3.5.2.. De feitelijke risicomanagementsystemen in de verschillende organisaties van het VSV Arnhem- De Liemers kennen echter een dergelijke synthese niet. In zowel het Rijnstate Ziekenhuis, als ook de kraamzorgorganisaties wordt een groter belang gehecht aan de ERM-benadering, waarbij het risicomanagementsysteem top-down wordt ingericht. De HRO-benadering komt in mindere mate naar voren in deze organisaties. Een van de verklaringen voor de wijze waarop de risicomanagementsystemen in zowel het ziekenhuis als de kraamzorgorganisaties zijn ingericht, heeft betrekking op de wettelijke verplichting die zorginstellingen hebben. De eerstelijns verloskundigenpraktijken kennen een HRO-gerichte aanpak van de risico's. Er is namelijk weinig tot niets vastgelegd omtrent risicomanagement en een controle-element is tevens niet ingebouwd in het systeem, zoals juist wordt bepleit door de ERM-benadering. Een verklaring die kan worden gegeven voor de HRO-gerichte aanpak van risico's bij de eerstelijns verloskundigenpraktijken heeft betrekking op het feit dat de eerstelijns verloskundigenpraktijken een kleine omvang kennen. Een uitgebreid risicomanagementsysteem wordt daarbij als niet zinvol ervaren.

De respondenten geven aan een groot belang te hechten aan de HRO-benadering waarbij de alerte houding van werknemers zou moeten leiden tot de beheersing van risico's. De respondenten vinden het van groot belang mee te denken en mee te beslissen wanneer het gaat om risicovermindering. De ERM-benadering wordt door een meerderheid echter als negatief en belemmerend ervaren omdat de gehanteerde regels kunnen leiden tot een starre houding waarbij geen ruimte is om in te spelen op situaties. Bovendien wordt door een grote meerderheid van de respondenten genoemd dat een uitgebreid, vastgelegd

risicomanagementsysteem het gevaar kent een grote “*papieren tijger*” te worden dat zijn doel voorbij schiet. Op de vraag waarom de respondenten het HRO-gedachtegoed onderschrijven, kan worden geantwoord dat zij in de praktijk veel meer verantwoordelijkheid en vrijheid krijgen om in te spelen op situaties. Uit de interviews is gebleken dat zij hier grote waarde aan hechten.

De analyse van de verkregen gegevens en de beantwoording van de deelvragen, kan leiden tot een beantwoording van de vraagstelling, die in paragraaf 1.2 aan bod is gekomen.

Welk risicomanagementsysteem is geschikt voor een integraal risicomanagementsysteem voor de keten geboortezorg in de regio Arnhem- de Liemers?

Uit de drie onderscheiden niveaus komt geen eenduidig antwoord op de vraag wat een optimale inrichting is voor een integraal risicomanagementsysteem. De wetenschappelijke literatuur wijst op het belang van een synthese van de ERM-benadering en de HRO-benadering. Het feitelijk risicomanagementsysteem in de afzonderlijke organisaties kent een dergelijke synthese niet want het Rijnstate Ziekenhuis en de kraamzorgorganisaties hanteren de ERM-benadering, daar zij sterk zijn gericht op regels en beleid die top-down worden ontwikkeld. De eerstelijns verloskundigenpraktijken geven echter hun voorkeur aan de HRO-benadering omdat er een grote verantwoordelijkheid bij de werknemers wordt gelegd bij het beheersen van risico's.

De wensen van de respondenten uit alle disciplines vragen echter veeleer om een HRO-gerichte aanpak van risico's, daar de werknemers de vrijheid en de verantwoordelijkheid zeer belangrijk vinden als het gaat om het beheersen van risico's. Zij willen, met andere woorden, de vrijheid hebben om situationeel in te spelen op risicovolle gebeurtenissen omdat dit volgens hen niet allemaal te vangen is in regels.

Resumerend kan worden genoemd dat een optimaal risicomanagementsysteem enerzijds gericht zou moeten zijn op het aansporen van de eigen verantwoordelijkheid en alertheid van werknemers, zoals wordt beargumenteerd door de HRO-benadering en het grote merendeel van de respondenten. Toch is het anderzijds tevens noodzakelijk om regels en procedures vast te leggen. Er moeten immers zaken worden beschreven om het eenduidig handelen van de werknemers te borgen, zoals door de ERM-benadering en tevens door de respondenten wordt onderkend. Een optimaal risicomanagementsysteem zou derhalve moeten worden ingericht volgens de principes van het conceptueel model uit paragraaf 3.5.2.

In dit conceptueel model is weergegeven dat randvoorwaarden en regels moeten worden vastgelegd door het management. Bovendien kan top-down worden vastgelegd hoe vaak wordt getoetst en op welke manieren wordt geanalyseerd of de verbetermaatregelen effectief zijn. Op deze wijze kan de harde, zakelijke kant van het risicomanagementsysteem worden ingericht en geborgd. Om het risicomanagementsysteem echter tot in de geleerden van de organisaties te laten doordringen, wordt het tevens noodzakelijk geacht om de werknemers te betrekken bij het beheersen van risico's. Daarnaast is het van belang om de werknemers “*te prikkelen*” om alert te zijn op afwijkingen en risicovolle situaties. Daartoe

wordt van de organisatie verwacht dat zij luistert naar de werknemers en hen hierin serieus neemt. Zo gaf een meerderheid van de respondenten aan het zeer belangrijk te vinden om respons te krijgen op gemelde risicovolle gebeurtenissen of incidenten. Op deze wijze krijgen zij namelijk de indruk dat er naar hen wordt geluisterd en dat hun input serieus wordt genomen. Middels deze zachte kant van het risicomanagementsysteem kan worden geborgd dat het systeem tot in de gelederen van de organisatie bekend en geaccepteerd is en hier vervolgens naar wordt gehandeld omdat de werknemers de meerwaarde van het risicomanagementsysteem inzien. Een optimaal risicomanagementsysteem wordt derhalve niet alleen gevormd middels een systeem van regels en protocollen, maar dient veeleer gebaseerd te zijn op het aansturen van werknemers om alert te zijn op afwijkingen en risico's.

6.2 Aanbevelingen

Uit de beantwoording van de deelvragen en hoofdvraag blijkt dat het optimaal inrichten van een risicomanagementsysteem zeer lastig is. Toch kan er een aantal aanbevelingen worden geformuleerd om de inrichting van het nog te ontwikkelen risicomanagementsysteem aan te laten sluiten bij zowel de theoretische inrichting, als ook de wensen en verwachtingen van de betrokkenen.

De eerste aanbeveling heeft betrekking op het vastleggen van randvoorwaarden. Uit zowel de theorie als empirie blijkt dat het noodzakelijk is om doelen van het risicomanagementsysteem, eindverantwoordelijken hieromtrent, de frequentie van de bijeenkomsten en evaluaties en de omgang met beheersmaatregelen vast te leggen. Op deze wijze wordt binnen de feitelijke inrichting van het risicomanagementsysteem namelijk geborgd dat beheersmaatregelen worden ontwikkeld én na verloop van tijd worden geëvalueerd om de effectiviteit van een maatregel te beoordelen. Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat de regels voornamelijk moeten bijdragen aan het borgen van het risicomanagementsysteem in de praktijk. Uit de analyse is gebleken dat moet worden gewaakt voor een risicomanagementsysteem dat leidt tot een star systeem waarin geen mogelijkheid is om creatief en innovatief om te gaan met de situatie.

Naast het vastleggen van randvoorwaarden, is het tevens van belang de werknemers van alle gelederen de ruimte te geven om mee te denken bij de inrichting van het risicomanagementsysteem. Juist gezien het feit dat de invulling van het risicomanagementsysteem naast de reguliere werkzaamheden komt, is het van belang de werknemers te betrekken opdat zij de meerwaarde van een dergelijk systeem kunnen erkennen. Derhalve wordt aanbevolen om brainstormsessies te houden waarbij werknemers vanuit alle organisaties kunnen aangeven wat zij al dan niet waarderen in de ideeën omtrent het te ontwikkelen risicomanagementsysteem.

Ten derde wordt aanbevolen om het nieuwe risicomanagementsysteem, de keuzes die hierin zijn gemaakt en de veranderingen die dit teweeg brengt zo goed mogelijk te communiceren. Dit geldt zowel voor de gemandateerden maar tevens richting alle betrokkenen, er wordt immers van alle betrokkenen verwacht dat zij zich committeren aan het risicomanagementsysteem en de beheersmaatregelen die hieruit volgen. Wanneer hierover al

vanaf een vroeg stadium wordt gecommuniceerd, wordt verwacht dat het begrip voor, en het nut van het risicomanagementsysteem eerder wordt ervaren.

In het verlengde van de hierboven genoemde aanbeveling, wordt aanbevolen om zoveel mogelijk informatie terug te koppelen naar de werknemers die zich inzetten voor het succes van het risicomanagementsysteem. Hiermee wordt bedoeld op terugkoppeling omtrent de vervolgstappen na het melden van een incident. Er is in de analyse immers veel gesproken over het missen van deze terugkoppeling. Wanneer werknemers te horen krijgen wat de vervolgstappen zijn na het gemelde incident, geeft dit hen het gevoel serieus te worden genomen. Bovendien kan dit leiden tot het in de toekomst eerder melden van risicovolle gebeurtenissen of incidenten.

Ten vijfde kan worden genoemd dat de behoefte aan structurele feedbackmomenten groot is. De behoefte is geuit om, naast de perinatale audit waarin zeer ernstige incidenten worden besproken, ook gezamenlijk te kijken naar minder ernstige incidenten opdat ook hiervan kan worden geleerd. De perinatale audit wordt als zeer waardevol en leerzaam ervaren door de respondenten en er wordt derhalve verwacht dat structurele feedbackmomenten tevens een dergelijke uitwerking hebben.

Een zesde aanbeveling heeft betrekking op het meer en beter betrekken van de kraamzorg bij het ontwikkelen van protocollen. Er is reeds door het VSV-bestuur genoemd dat de kraamzorg een meer prominente rol krijgt binnen het VSV. Om de eenduidige manier van handelen en spreken echter te vergroten, is het tevens van belang dat de kraamzorg wordt betrokken bij het ontwikkelen van protocollen die ook hen aangaan. Dit kan tot gevolg hebben dat alle betrokken actoren op eenzelfde wijze handelen bij het leveren van de zorg.

Wanneer wordt gekeken naar het proces omtrent het ontwikkelen van protocollen, kan worden geconcludeerd dat dit een zeer tijdrovend proces is. Een zevende aanbeveling is derhalve om een tijdspad te ontwikkelen waarbinnen het protocol moet zijn geschreven, feedback moet zijn gegeven, de eventuele aanpassingen als gevolg hiervan moeten zijn doorgevoerd en het protocol moet zijn geaccordeerd. Op deze wijze wordt het VSV slagvaardiger en het leidt bovendien tot minder risicovolle situaties. Het protocol omschrijft immers de meest wenselijke handelingen in een bepaalde situatie, maar zolang dit protocol nog niet geaccordeerd is, wordt dit handelen gebaseerd op bijvoorbeeld een verouderde werkwijze.

Daarnaast wordt aanbevolen de geaccordeerde protocollen naar iedere actor te mailen, daar dit borgt dat iedereen de veranderende werkwijze onder ogen krijgt. Met name in het Rijnstate Ziekenhuis wordt aangegeven dat de nieuwe of veranderde protocollen niet altijd worden ingezien wegens tijdgebrek of omdat het systeem niet snel genoeg werkt. Het kan derhalve zinvol zijn de protocollen toe te zenden.

Tot slot kan worden genoemd dat het voor het openlijk communiceren over risicovolle situaties of incidenten noodzakelijk is om een veilige sfeer te behouden tussen de betrokkenen die aangesloten zijn bij het VSV Arnhem- De Liemers. De verschillende interpretaties van eerstelijns en tweedelijns zorgverleners hoeven hier geen gevaar voor te vormen, mits de veilige en open sfeer wordt geborgd. Derhalve wordt aanbevolen om gesprekken en bijeenkomsten door een onafhankelijke actor te laten voorzitten, opdat veroordeling en “*de wijzende vinger*” worden voorkomen.

6.3 Discussie

Deze paragraaf beschrijft de discussie van het onderzoek. Er wordt daarbij ingegaan op de mogelijke beïnvloeding van de afhankelijke en onafhankelijke variabelen als gevolg van endogene en exogene factoren.

Allereerst dient te worden genoemd dat de interviews een relatief korte duur kenden, waardoor het aantal vragen tevens gering was. De interviews zijn met een medeonderzoeker afgenomen en ook voor dit onderzoek moesten vragen worden gesteld. Er is uiteindelijk één uur tot vijf kwartier per interview ingeruimd, waarin twee onderzoeken aan bod moesten komen. Helaas waren de respondenten veelal niet in de gelegenheid méér tijd vrij te maken voor de interviews. Deze beperking is zo veel mogelijk opgevangen door de vragenlijst zo goed mogelijk in te richten waardoor geen dubbele vragen, die zouden kunnen leiden tot hetzelfde antwoord, zijn gesteld. Ook is niet gevraagd naar algemene informatie van de respondent; dit is zo veel mogelijk via de mail vóór het interview besproken. Bovendien hield de medeonderzoeker het proces van het interview in de gaten. Op deze wijze is de onderzoekersbias verminderd omdat de medeonderzoeker kon wijzen op het feit dat een vraag reeds in een ander antwoord is beantwoord. Toch kan het voor eventueel vervolgonderzoek relevant zijn een langere interviewduur te hanteren om zodoende uitgebreidere antwoorden te verkrijgen.

Er is in dit onderzoek getracht veel respondenten uit verschillende organisaties en gelederen te interviewen middels eenzelfde interviewgide, opdat onsystematische fouten kunnen worden verminderd. Onsystematische fouten hebben betrekking op subjectieve antwoorden, als gevolg van de persoonlijke situatie van een respondent, zoals reeds uitvoeriger is besproken in paragraaf 4.6. Er zijn voor dit onderzoek 24 respondenten geïnterviewd, vanuit meerdere organisaties en disciplines. Toch is het, na herhaaldelijk verzoek, onmogelijk gebleken om een interview te houden met een arts-assistent. Voor eventueel vervolgonderzoek is het relevant deze actor tevens te interviewen, omdat de overdrachten van eerste- naar tweedelijns veelal worden uitgevoerd door de arts-assistent, samen met de verloskundigen en klinisch verloskundigen. Toch kan worden genoemd dat de bijdrage van een arts-assistent wellicht kleiner is dan aanvankelijk is verwacht. Een arts-assistent is immers maar voor een kortere duur werkzaam bij een afdeling en het kan voor hen derhalve moeilijk zijn om een mening te vormen over, en ervaringen te benoemen met het risicomanagementsysteem.

Dit onderzoek betreft een enkelvoudige casestudy. Er is gekozen om de casus in de volle breedte en diepte te onderzoeken, zoals reeds is beargumenteerd in het methodologisch kader. De keuze voor dit onderzoeksdesign heeft echter wel consequenties voor de generaliseerbaarheid. Het is namelijk veelal lastig om de conclusies uit een dergelijk onderzoek te generaliseren naar andere situaties, juist omdat zulke specifieke ervaringen aan bod zijn gekomen. Het kan daarom discutabel zijn om de onderzoeksresultaten van dit onderzoek toe te passen in andere, vergelijkbare situaties. De externe validiteit van een kwalitatief onderzoek is derhalve niet hoog. In dit onderzoek zijn echter alle actoren die deelnemen aan een VSV geïnterviewd, op de arts-assistent na. De selectie van de onderzoekseenheden komt derhalve grotendeels overeen met andere VSV'en in Nederland.

Dit kan ertoe leiden dat de onderzochte situatie gedeeltelijk overeen komt met andere VSV'en, waardoor de conclusies ook voor de andere VSV'en kunnen gelden. Om dit met meer zekerheid te kunnen bepleiten is vervolgonderzoek echter noodzakelijk.

Het integraal en gezamenlijk ontwikkelen en toepassen van een risicomanagementsysteem is een nog weinig onderzocht onderwerp. Dit onderzoek heeft getracht een bijdrage te leveren aan de wetenschappelijke kennis omtrent het inrichten van een risicomanagementsysteem in een samenwerkingsverband rondom de keten geboortezorg. Vervolgonderzoek kan echter ook in de breedte worden uitgevoerd, bijvoorbeeld bij samenwerkingsverbanden van andere zorgprocessen, opdat meer inzicht wordt verkregen in het integraal beheersen van risico's in de gehele gezondheidszorgsector.

Literatuur

- Adibi, H., Khalesi, N., Ravaghi, H., Jafari, M. & Jeddian, A.R. (2012). Development of an effective risk management system in a teaching hospital. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 11, 15-22.
- Ale, B. (2002). Risk assessment practices in The Netherlands. *Safety Science*, 40, 105–126.
- Alysis Zorggroep. (2004). *Startnotitie DVP Regio Arnhem- Zevenaar*.
- Beasley, M.S., Clune, R. & Hermanson, D.R. (2005). Enterprise risk management: an empirical analysis of factors associated with the extent of implementation. *Journal of Accounting and Public Policy*, 24, 521-531.
- Bennett, A. & Elman, C. (2006). Qualitative research: Recent developments in case study methods. *Annual Review of Political Science*, 9, 455-476.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Boom Onderwijs.
- Bruine, H.de., Noordhoek, P.D.P. & Tjon Tam Pau, J. (2010). Hoog betrouwbaar organiseren. *Management & Organisatie*, 3, 38-53
- Christensen, F.M., Andersen, O., Duijm, N.J. & Harremoës, P. (2003). Risk terminology- a platform for common understanding and better communication. *Journal of Hazardous Materials*, 103, 181-203.
- Colquitt, L.L., Hoyt, R.E. & Lee, R.B. (1999). Integrated risk management and the role of the risk manager. *Risk Management and Insurance Review*, 2(3), 43-61.
- Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. (2004). *Enterprise Risk Management- Integrated Framework*. New York: COSO.
- D'Arcy, S.P. (2001). Enterprise Risk Management. *Journal of Risk Management of Korea*, 12 (1), 1-25.
- Deloitte. (2009). *Risicomanagement. Meer dan de som der delen*. Utrecht: Deloitte.

- Dingemans, D. & Rutgers, E. (n.d.). *Risicomanagement in de zorg. Een praktische invulling voor een integrale aanpak*. Geraadpleegd op 6 mei 2014, op <http://www.risicomanagement.nl/advies/assets/files/bestanden/Risicobeheersing/Risicomanagement%20in%20de%20zorg.%20Dingemans%20en%20Rutgers.%20xxxx.pdf>
- Dickinson, G. (2001). Enterprise Risk Management: Its Origins and Conceptual Foundation. *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, 26, 360-366.
- Dückers, M., Faber, M., Cruijsberg, J., Grol, R., Schoonhoven, L. & Wensing, M. (2009). *Safety and risk management in hospitals*. Londen: The Health Foundation.
- EMGO/NIVEL. (2013). *Monitor zorggerelateerde schade 2011/2012. Dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen*. Amsterdam: EMGO+ Instituut/ VUmc.
- Faraj, S. & Xiao, Y. (2006). Coordination in Fast Response Organizations. *Management Science*, 52, 1155-1169.
- George, A.L. & Bennett, A. (2004). *Case Studies and Theory Development in the social sciences*. Cambridge, Massachusetts: MITpress
- Gerritsen, G., Bey, G. de., & Kessels-Habraken, M. (2009). Risicoprofiel maakt ziekenhuis veiliger. Alysis zorggroep integreert veiligheid en risicomanagement in dagelijks werk. *Medisch contact*, 44, 1818-1821
- Hampton, J.J. (2009). *Fundamentals of Enterprise Risk Management. How Top Companies Assess Risk, Manage Exposure and Seize Opportunities*. New York: AMACOM.
- Helsloot, I. (2012). *Veiligheid als (bij)product. Over beleidsontwikkeling in interactie tussen bestuurders, adviseurs en narrige burgers*. Geraadpleegd op 05 juni 2014, op http://crisisslab.nl/wordpress/wp-content/uploads/Oratie_Ira_Helsloot_21-09-2012.pdf
- Hendriks, A.M. (2009). Beroepenwetgeving en kwaliteitsbeleid. In Engberts, D.P. & Kalkman-Bogerd, L.E. (2009). *Gezondheidsrecht* (pp.225-249). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- *Wat is het HKZ-certificaat?* (n.d.) Geraadpleegd op 27 september, op <http://www.hkzcertificaat.nl/index.php?id=2>
- INK. (2008). *Ketenmanagement in INK-perspectief*. Zaltbommel: INK.

- INK. (2009). *Risicomanagement en het INK-managementmodel*. Zaltbommel: INK.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2009). *Invoering veiligheidsmanagementsysteem in ziekenhuizen komt op gang*. Den Haag: IGZ, Ministerie van VWS.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2011). *Implementatie van het veiligheidsmanagementsysteem vordert, maar prospectief risicomanagement blijft ver achter*. Utrecht: IGZ, Ministerie van VWS.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2013). *Verloskundig Samenwerkingsverband. Regio Arnhem- Zevenaar. Rapport van het inspectiebezoek in het kader van het thematisch toezicht geboortezorg: netwerk moeder en kind*. Utrecht: IGZ, Ministerie van VWS.
- Kirschenmann, P.P. (2001). *Onzekerheid en risico in wetenschap, maatschappij en ethiek*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Klein, K., Ziegert, J.C., Knight, A.R. & Xiao, Y. (2006). Dynamic Delegation: Hierarchical, Shared, and Deindividualized Leadership in Extreme Action Teams. *Administrative Science Quarterly*, 51, 590-621.
- Kleffner, A.E., Lee, R.B. & McGannon, B. (2003). The Effect of Corporate Governance on the Use of Enterprise Risk Management: Evidence from Canada. *Risk Management and Insurance Review*, 6 (1), 53-73.
- La Porte, T.R. & Consolini, P.M. (1991). Working in Practice but not in theory: Theoretical Challenges of “High Reliability Organizations”. *Journal of Public Administration and Theory*, 1(1), 19-48.
- Lekka, C. (2011). *High Reliability Organizations. A review of the literature*. London: HSE Books.
- Leonard, M., Graham, S. & Bonacom, D. (2004). The Human Factor: The Critical Importance of Effective Communication in Providing Safe Care. *Quality and Safety in Health Care*, 13, 85-90.
- Liebenberg, A.P. & Hoyt, R.E. (2003). The Determinants of Enterprise Risk Management. Evidence from the appointment of Chief Risk Officer. *Risk Management and Insurance Review*, 6 (1), 37-52.

- Marais, K., Dulac, N. & Leveson, N. (2004). Beyond Normal Accidents and High Reliability Organizations: The Need for an Alternative Approach to Safety in Complex Systems. Geraadpleegd op 6 mei 2014, op <http://esd.mit.edu/symposium/pdfs/papers/marais-b.pdf>
- Mensink, M. (2011). *Risicomanagement. Risicomanagement en Risk Maturity in de praktijk*. Enschede: Universiteit Twente.
- Minkman, M.M.N., Ahaus, K. & Huijsman, R. (2010). Het ontwikkelingsmodel voor ketenzorg. *Management & Organisatie*, 5, 24-43
- Moi Lin, L. (2005). Healthcare Worker Safety and Welfare: Responsibility of the Hospital Administration. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 26 (1), 1-6.
- Muusse, C.J. (2006). *Handboek Risicomanagement*. Zeist: Uitgeverij Kerckebosch.
- Nederlandse Vereniging van ziekenhuizen. (2010). *Invitational Conference. Spreiding en Concentratie ziekenhuisfuncties*. Geraadpleegd 10 februari 2014, op https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/480
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2012). *Marktscan. Zorg rondom zwangerschap en geboorte. Weergave van de markt 2007-2012*.
- Perinateleaudit.nl. (n.d.). *Wat is perinatale audit?* Geraadpleegd op 25 april 2014, op <http://www.perinateleaudit.nl/onderwerpen/125/wat-is-perinatale-audit->
- Plochg, T. & Zwieten, M.C.B. van kwalitatief onderzoek. In Plochg, T., Juttman, R.E., Klazinga, N.S. & Mackenbach, J.P. (2007). *Handboek Gezondheidsonderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 77-93
- Renn, O. (2008). *Risk Governance. Coping with Uncertainty in a Complex World*. London: Earthscan.
- Rijnstate Ziekenhuis. (2011). *Jaardocument 2011*. Arnhem: Rijnstate Ziekenhuis.
- Rijnstate Ziekenhuis. (2012). *Risico-, veiligheid- en kwaliteitsmanagement Rijnstate: beleid en resultaten 2012*. Arnhem: Rijnstate Ziekenhuis.
- Roberts, K. (2009). Book Review Essay Managing the Unexpected: Six Years of HRO-Literature Reviewed. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 17 (1), 50-54.

- Shell Nederland. (2004). Hier werk je veilig of je werkt hier niet. Sneller beter- de veiligheid in de zorg. Geraadpleegd op 9 april 2014, op http://www.vmszkn.nl/media/mce/rapport_rein_willems_2004.pdf
- Sherif, Y. (1991). On Risk and Risk Analysis. *Reliability Engineering and System Safety*, 31, 155-178.
- Singh, B. & Ghatala, M.B. (2012). Risk Management in Hospitals. *International Journal of Innovation, Management and Technology*, 3(4), 417-421.
- Snapper, H. & Swagerman, D. (2008). Risicomanagement: Nog te weinig integraal risicomanagement in de gezondheidszorg. *Management, Control & Accounting*, 4, 36-40.
- Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. (2009). *Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*.
- Turner, B. (1978). *Man-Made Disasters*. London: Wykeham Publications.
- Turner, B.L., Clark, W.C., Kates, R.W., Richards, J.F., Mathews, J.T. & Meyer, W.B. (1990). *The earth as transformed by human action*. Cambridge: Cambridge University press.
- United States General Accounting Office. (2000). Adverse Events. Surveillance Systems for Adverse Events and Medical Errors. Geraadpleegd op 6 mei 2014, op <http://www.gao.gov/assets/110/108220.pdf>
- Veld, C. In 't. (2001). *Risicomanagement: een pragmatische benadering in zeven stappen*. Geraadpleegd op 28 april 2014, op <http://www.focusopverbeteren.nl/wp-content/uploads/pdf/Risicomanagement.pdf>
- Veld, R.A., in 't. (2001). *Risicomanagement. Inventarisatie, evaluatie en beheersing van risico's. Met een verbijzondering voor risico's van chemische procesinstallaties*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Vennix, J.A.M. (2006). *Theorie en praktijk van empirisch onderzoek. Vierde editie*. Essex: Pearson Custom Publishing.
- Vogus, T.J. & Sutcliffe, K.M. (2007). The Impact of Safety Organazing, Trusted Leadership, and Care Pathways on Reported Medication Errors in Hospital Nursing Units. *Medical Care*, 45 (10), 997-1002.

- Weick, K.E. (1998). Foresights of Failure: An Appreciation of Barry Turner. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 6 (2), 72-75.
- Weick, K.E. & Sutcliffe, K.M. (2007). *Managing the Unexpected. Resilient Performance in an Age of Uncertainty*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Weick, K.E. & Sutcliffe, K.M. (2011). *Management van het onverwachte. Wat je kunt leren van High Reliability Organizations*. BBNC Uitgevers.
- Werkgroep VSV Plus. (2014). *Voorstel inrichting VSV "nieuwe stijl"*. Arnhem e.o.
- Werner, J. (2012). *High Reliability Organization Theory as an Input to Manage Operational Risk in Project Management*. Pennsylvania: University of Pennsylvania.
- Wu, D.D. & Olson, D.L. (2009). Optimizing Risk Management: Methods and Tools. *Human and Ecological Risk Assessment*, 15(2), 220-226.
- Yin, R.K. (2002). *Case study research: Design and methods* (Applied Social Research Methods Series, Volume 5, 3rd edition). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Zum Vörde sive Vörding, S. & Meijboom, B. (2012). Wie verlost de verloskunde? Een aanzet vanuit supply chain management. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 90, (8), 533-538.

Bijlagen

Bijlage 1: Voorwaarden effectief ERM-systeem

Op basis van de ISO31000 is de volgende lijst met beoordelingscriteria opgesteld (Mensink, 2011, p.20-22):

- In het topmanagement is mandaat en toewijding aanwezig om risicomanagement te implementeren en blijvend van de benodigde resources te voorzien.
- Risicomanagement wordt vanuit het topmanagement gecoördineerd.
- Er is een Chief Risk Officer (CRO) of iemand met een vergelijkbare functie, met directe toegang tot de Raad van Bestuur.
- Er is een separate afdeling voor risicomanagement.
- Er is door het topmanagement een risicomanagementbeleid² geformuleerd en gecommuniceerd.
- Er wordt gebruik gemaakt van een risicomanagementraamwerk³ dat aansluit bij de eigen specifieke situatie van de organisatie.
- Er zijn concrete risicocriteria geformuleerd.
- Er wordt een volledig en up-to-date risicobestand (riskfile) bijgehouden.
- De risico's waaraan de organisatie wordt blootgesteld, zijn geïdentificeerd, geanalyseerd en geëvalueerd op basis van de risicocriteria.
- Het bepalen en in kaart brengen van de prestaties van het risicomanagement is een integraal onderdeel van het meten en in kaart brengen van de prestaties van de organisatie.
- Er wordt nadrukkelijk gepoogd risicomanagement continu te verbeteren door het formuleren van organisationele prestatiedoelstellingen, metingen, beoordelingen en het vervolgens aanpassen van processen, systemen, middelen, bekwaamheid en vaardigheden.
- Risicomanagement omvat uitvoerig en volledig gedefinieerde, toegewezen en geaccepteerde verantwoordelijkheid voor risico's en risicobeheers- en behandelingstaken.
- De organisatie zet zich in om er voor te zorgen dat alle leden van de organisatie zich volledig bewust zijn van de risico's, de beheersmiddelen en de taken waarvoor zij verantwoordelijk zijn⁵.
- Er zijn aangewezen individuen verantwoordelijk gemaakt om risico's in de gaten te houden, te beheersen en om de beheersmaatregelen te verbeteren – deze aangewezen individuen beschikken over de autoriteit, tijd, training, middelen en competenties die nodig zijn om hun verantwoordelijkheden te kunnen nakomen en zij zijn in staat om effectief met interne en externe betrokkenen te communiceren over risico's en het management daarvan.
- De definities van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot risicomanagement zijn onderdeel van alle introductieprogramma's⁶ van de organisatie.

- Bij alle beslissingen die binnen de organisatie genomen worden, wordt – onafhankelijk van het niveau of de mate van belangrijkheid – in gepaste mate expliciet rekening gehouden met risico's en de toepassing van risicomanagement.
- Bij belangrijke processen en beslissingen binnen de organisatie zijn alle componenten van het risicomanagementproces vertegenwoordigd; e.g. voor beslissingen met
- betrekking tot grote projecten, de toewijzing van budgetten, herstructurering en organisatieveranderingen – dit kan worden aangetoond met behulp van notulen van vergaderingen en documentatie van beslissingen waarbij risico's expliciet aan de orde gekomen zijn.
- Communicatie met interne en externe belanghebbenden wordt beschouwd als een integraal en essentieel component van risicomanagement.
- Als onderdeel van goede governance is er sprake van uitvoerige rapportage met betrekking tot het functioneren van het risicomanagement.
- Risicomanagement wordt binnen de gehele organisatie algemeen beschouwd als een centraal en integraal onderdeel van het managementproces.
- Effectief risicomanagement wordt door managers beschouwd als essentieel voor het behalen van de doelstellingen van de organisatie. Dit blijkt uit het taalgebruik van managers en uit belangrijk geschreven materiaal in de organisatie, waarin de termen onzekerheid en risico worden genoemd in relatie tot doelstellingen.

Bijlage 2: De interviewguide

Dit onderzoek gaat over de optimale inrichting van een risicomanagementsysteem voor het Verloskundig Samenwerkingsverband Arnhem- De Liemers. Er wordt allereerst een aantal vragen gesteld over de eventuele aanwezigheid van een risicomanagementsysteem in uw eigen organisatie en in het VSV. Een risicomanagementsysteem wordt gekenmerkt zowel door het vooraf inschatten van risico's (prospectieve risico-inventarisatie) als het achteraf analyseren van reeds begane incidenten. Zou u bij elke vraag kunnen aangeven of uw antwoord betrekking heeft op het vóóraf inschatten van risico's en het nemen van beheersmaatregelen, dan wel het achteraf analyseren van begane incidenten?

Eigen organisatie (volgens ERM benadering)

1. Is er in uw organisatie een risicomanagementsysteem aanwezig? Zo ja, hoe is dit vormgegeven (prospectief en/of retrospectief)?
 - a. Zijn er doelen gemaakt?
 - b. Wordt er een risico-inventarisatie gedaan (het vooraf inschatten van risico's)?
 - c. Worden de risico's geëvalueerd?
 - d. Worden er beheersmaatregelen gemaakt?
 - e. Worden de beheersmaatregelen in een programma samengevoegd?
 - f. Worden de beheersmaatregelen geïmplementeerd?
 - g. Wordt het risicomanagementprogramma en de resultaten hiervan gemeten en geëvalueerd?
2. In hoeverre wordt de werkvloer (alle werknemers buiten het management) betrokken bij de inrichting van dit risicomanagementsysteem (alleen invullen van VIM-systeem, of ook bij het kiezen van beheersmaatregelen bij de prospectieve risicoanalyse)?
3. Vraag alleen voor mensen van de werkvloer: In hoeverre zou u betrokken willen worden bij de invulling van het risicomanagementsysteem of de te kiezen beheersmaatregelen in uw organisatie?

VSV Arnhem- De Liemers (volgens ERM benadering)

4. Is er in het VSV Arnhem- De Liemers een risicomanagementsysteem aanwezig? Zo ja, hoe is dit vormgegeven (prospectief en/of retrospectief)?
 - a. Zijn er doelen gemaakt?
 - b. Wordt er een risico-inventarisatie gedaan (het vooraf inschatten van risico's)?
 - c. Worden de risico's geëvalueerd?
 - d. Worden er beheersmaatregelen gemaakt?
 - e. Worden de beheersmaatregelen in een programma samengevoegd?
 - f. Worden de beheersmaatregelen geïmplementeerd?
 - g. Wordt het risicomanagementprogramma en de resultaten hiervan gemeten en geëvalueerd?
5. In hoeverre wordt de werkvloer (alle werknemers buiten het management) betrokken bij de inrichting van dit VSV-brede risicomanagementsysteem? (alleen invullen van

VIM-systeem, of ook bij het kiezen van beheersmaatregelen bij prospectieve risicoanalyse)

6. Vraag alleen voor mensen van de werkvloer: In hoeverre zou u betrokken willen worden bij de invulling van het risicomanagementsysteem of de te kiezen beheersmaatregelen in het VSV?

Dit waren de vragen over het bestaande risicomanagementsysteem in uw eigen organisatie en het VSV. De volgende vragen hebben betrekking op de betrokkenheid van de werkvloer bij het beheersen van risico's en hoe de organisatie de werkvloer betreft hierbij. Er wordt telkens ook gevraagd in hoeverre u het belangrijk vindt om een goed werkend risicomanagementsysteem te verkrijgen.

Risicomanagement (volgens HRO-benadering)

7. In hoeverre voelt u zich verplicht (potentiële) incidenten te melden?
 - a. In hoeverre vindt u dit belangrijk voor een goed werkend risicomanagementsysteem?
8. In hoeverre worden deze meldingen geanalyseerd in de organisatie?
 - a. In hoeverre vindt u dit belangrijk voor een goed werkend risicomanagementsysteem?
9. In hoeverre is de organisatie in staat om om te gaan met incidenten?
 - a. In hoeverre vindt u dit belangrijk voor een goed werkend risicomanagementsysteem?
10. In hoeverre wordt er volgens u geleerd van begane incidenten?
 - a. In hoeverre vindt u dit belangrijk voor een goed werkend risicomanagementsysteem?
11. In hoeverre is er in de organisatie gekozen om processen te beschrijven en categoriseren?
 - a. In hoeverre vindt u dit belangrijk voor een goed werkend risicomanagementsysteem?
12. In hoeverre voelt u zich vrij kritiek te leveren op of vragen te stellen over de gekozen processen en protocollen bij het management?
 - a. In hoeverre vindt u dit belangrijk voor een goed werkend risicomanagementsysteem?
13. In hoeverre wordt er wat met de kritiek of vragen van de werkvloer gedaan?
 - a. In hoeverre vindt u dit belangrijk voor een goed werkend risicomanagementsysteem?
14. In hoeverre wordt de werkvloer betrokken bij besluitvorming omtrent risicomanagement?
 - a. In hoeverre vindt u dit belangrijk voor een goed werkend risicomanagementsysteem?

