



DOSSIER

Patiëntveiligheid

Dit jaar bestaat het Platform Medisch Specialisten Patiëntveiligheid tien jaar. In hoeverre is de veiligheid in de zorg het afgelopen decennium verbeterd? Is er minder vermijdbare schade aan patiënten en waar komt dat dan door? En is vermijdbare schade eigenlijk wel te voorkomen? Drie medisch specialisten en een veiligheidsdeskundige reflecteren.

TEKST FRED HERMSEN, JOB DE KRUIF

‘Improviseren hoort geen business as usual te zijn’

Jop Groeneweg, hoogleraar Veiligheid in de gezondheidszorg aan de Technische Universiteit Delft, weet waar Abraham de mosterd haalt: in de petrochemische industrie. Als experimenteel psycholoog liep hij de afgelopen jaren mee met tientallen medisch specialisten. Dat heeft een heldere boodschap opgeleverd: wees niet langer de held, zorg liever dat alles om je heen goed geregeld is.

Experimenteel psycholoog Jop Groeneweg onderzoekt de invloed van de omgeving op het menselijk functioneren. En dat is precies waar patiëntveiligheid om draait: het voorkomen van vermijdbare schade aan patiënt en zorgverlener door omgevingsfactoren. ('Om die reden spreek ik ook liever van "zorgveiligheid".) Zijn omgevingsfactoren hier de sleutel? 'Ja, het gaat om afwijkingen in het dagelijkse werk, het hele zorgproces, en niet om vakmanschap of medische keuzes. Fouten die daaruit voortkomen zijn misschien vermijdbaar, maar komen niet voort uit omgevingsfactoren. Patiëntveiligheid draait daar wel om: de vraag hoe je processen samen zo inricht dat fouten worden voorkomen. En... wat je daarvan weerhoudt.'

Hoogste niveau

Voorbeelden heeft hij te over, Groeneweg liep voor zijn onderzoek mee met tientallen medisch specialisten in diverse ziekenhuizen. 'Neem bacteriële infecties na een operatie. Bij een operatie die ik bijwoonde bleken instrumenten te missen, waardoor de operatieassistent meerdere keren de operatiekamer moest verlaten om ze elders te halen. Via openzwaaiende deuren kunnen schadelijke bacteriën de ruimte binnen komen. Als dan een infectie bij de patiënt was ontstaan, zou je kunnen

concluderen dat dat niet was gebeurd als de juiste instrumenten voorhanden waren geweest.' De vraag is dan volgens de gedragswetenschapper niet: 'Wie heeft de instrumenten klaargelegd?', maar: 'Hoe komt het dat niet geborgd is dat de juiste instrumenten klaarlag?'

Heldendom

Een ander voorbeeld: 'Een vrouw meldt zich 's morgens voor een chemobehandeling, maar de chemo ligt niet klaar. Wat blijkt: de eerdere bloedtest was in een ander ziekenhuis afgenomen en de apotheker accepteerde die - geheel volgens de regels - niet. Op dat moment maakt de behandelend medisch specialist zich er hard voor om de chemo alsnog te laten maken, en die middag komt de vrouw terug voor de behandeling.' Over het probleem dat hier ontstaat, is Groeneweg helder: 'Laat me vooropstellen dat de inzet van de arts te prijzen is. Hij zag een probleem en kwam snel in actie om het zo goed mogelijk voor haar te regelen. Ik heb daar oprecht respect voor. Het probleem is echter ook dat we dit soort improvisaties zien als *business as usual*, waardoor een grondige evaluatie uitblijft. "Dit hoort erbij, en het is toch goed gedaan?", luidt dan de redenering achteraf. En zo mis je een kans om zo'n proces te verbeteren en te voorkomen dat het de volgende keer misschien wel fout gaat.' Het tweede kwalijke vindt hij dat de flexibiliteit van de arts als een soort 'natuurlijk heldendom' wordt beschouwd: het mooie oplossend vermogen dat als vanzelf aan het vak kleeft. 'Dat is een fundamentele denkfout. Het heldendom zou niet nodig moeten zijn. Het is een obstakel voor patiëntveiligheid.'

Papierwinkels

Op een congres waar Groeneweg onlangs sprak, stak een cardioloog zijn hand op: 'Sorry hoor, maar *we have bigger fish to fry*. Ik wil vooral snel werken - dan maar iets minder veilig - want daarmee kan ik per dag meer patiënten behandelen. Hierdoor nemen wachtlijsten af en lopen per saldo minder mensen schade op dan wanneer ik in alle veiligheid minder patiënten



BEELD ARNO MASSEE

Jop Groeneweg
 hoogleraar Veiligheid in de
 gezondheidszorg aan de
 Technische Universiteit Delft

kan helpen.' Heldere redenering toch? Groeneweg, fronsend: 'En toch was ik in de war. Want hoe kun je als medisch specialist ervoor kiezen minder veilig te werken en zo patiënten in gevaar brengen? Hoe kan de leiding van deze cardioloog dat blijkbaar niet weten, of zelfs gedogen? En ten slotte: hoe kun je zo'n fundamenteel verkeerd beeld hebben van veiligheid? Veiligheid is niet iets dat tegen je werkt, alles is erop gericht om zaken juist soepel te laten lopen. Heus, ik ben geen protocollen-fetisjist, en fervent tegenstander van papierwinkels. Het gaat erom dat je samen afsprekt hoe je dingen doet en verbetert, daar kun je toch niet tegen zijn?' Hij verwijst naar het voorbeeld van de operatiekamer: 'Als daar in de voorbereiding was geregeld dat de juiste instrumenten op tafel lagen, had dat niet alleen openslaande deuren gescheeld, maar ook de operatie versneld. Juist improviseren bij afwijkingen kost tijd.'

Unleashed Potential

Groeneweg oordeelt dat afwijkingen niet voldoende serieus worden genomen. 'Collega's durven vaak niets te zeggen als ze het zien gebeuren, of achteraf. En als ze hun mond wel opentrekken, bestaat de kans dat de arts zich niet laat corrigeren, die zit in een flow en heeft de positie om zelf de koers te bepalen. En besprekingen achteraf van bijna-incidenten krijgen in de praktijk een te routinematig karakter zonder systematische opvolging.' Openstaan voor signalen die collega's afgeven ziet

hij als een cruciale vaardigheid. 'Bij de Koninklijke Marine wordt ieder signaal opgepakt. Als daar een lagere in rang aangeeft dat er regelmatig onvoldoende voorraad is van een onderdeel, en dat dat kan leiden tot problemen in de operatie, wordt dat uiterst serieus genomen. In die cultuur spreken mensen zich ook vrij uit, voelt niemand het ego knakken als er vragen gesteld worden. Net als in de petrochemie staat niet de schuld-vraag, maar de verbetering voorop.' En - hij zet de stap terug naar de zorgwereld: 'Stel je voor dat verpleegkundigen niet alleen serieus genomen worden als ze afwijkingen aangeven, maar ook als ze met ideeën voor procesverbetering komen. Welk *unleashed potential* je dan ontketent in ziekenhuizen...'

Subsidie-infuus

Hij heeft nog een ander advies: 'Petrochemische bedrijven laten zich hiervoor niet subsidiëren. Ze zien veiligheid als een cruciale randvoorwaarde, ze leren van elkaar en betalen er graag voor. In de zorg wordt veiligheid nog gezien als iets in de marge, iets waarvoor je projectmatig subsidie aanvraagt om het vervolgens bij de afdeling Kwaliteit te beleggen. De echte impact blijft dan uit, en dat is kwalijk bij het jaarlijkse aantal van elfhonderd vermijdbare overlijdensgevallen. Ga dus af van het subsidie-infuus en maak er als ziekenhuisbestuur zelf budget voor vrij. Dan zorg je er wel voor dat het in de praktijk iets gaat opleveren.'



‘In tien jaar is het een echt vakgebied geworden’

Vijf vragen aan anesthesioloog-intensivist en voorzitter van het Platform Medisch Specialisten Patiëntveiligheid Ralph So en voormalig kinderarts en oud-voorzitter Marjo Jager. Het Platform bestaat tien jaar. Wat gaat goed, wat kan beter?

Wat zijn de belangrijkste stappen in de afgelopen tien jaar op het gebied van patiëntveiligheid?
Marjo: ‘We hebben bereikt

dat het belang ervan op ieders netvlies staat. Vooropgesteld: de meeste mensen die tegenwoordig in het ziekenhuis liggen, mankeren meerdere dingen en ze krijgen dus ook veel zorgverleners aan hun bed. Iedereen snapt dat daar risico's zijn in de communicatie en logistiek. Het management daarvan, transparante processen, dezelfde taal spreken: dat is patiëntveiligheid. Het is een echt vakgebied geworden. En het elektronisch patiëntendossier is een ongelooflijke verbetering. Je bent nooit meer een status kwijt.’

Ralph: ‘Vroeger was er alleen Amerikaans onderzoek en wij vonden onveiligheid ook echt een Amerikaans onderwerp. We dachten dat we het hier hartstikke goed deden. Tot er ook gegevens uit Nederland kwamen: wij specialisten gingen ontkennend, reactief en bureaucratisch om met veiligheidsissues. Dat is nu gemiddeld een stuk beter. We zien de zorg nu meer als een service-industrie, die gepersonaliseerd en veilig moet zijn voor zowel patiënten als zorgpersoneel. We zijn minder louter productiegericht.’

Hoe ben je zelf in dit vakgebied beland?

Ralph: ‘Onderzoek wees in 2004 uit dat in Nederland jaarlijks tweeduizend overlijdens door onbedoelde zorggerelateerde schade kwa-

men. Omgerekend was dat in mijn ziekenhuis, het Albert Schweitzer in Dordrecht, drie per maand. Die komt wel even binnen, als je je dat realiseert. Als lid van het stafbestuur was ik al bezig met ziekenhuismortaliteit en in 2009 werd ik medisch manager Kwaliteit, Veiligheid & Innovatie. Het platform is vervolgens ontstaan door met collega's van verschillende ziekenhuizen regelmatig af te spreken. Het is organisch gestart, en omarmd door de Federatie.’

Marjo: ‘Ik werkte al twintig jaar als kinderarts toen ik in mijn ziekenhuis betrokken raakte bij onder meer de klachtencommissie en het Veilig Incident Melden mee hielp opzetten. Daar merkte ik hoe moeilijk dingen bespreekbaar waren. Mensen trokken het zich vaak persoonlijk aan. Maar als iets fout is gegaan wil dat niet zeggen dat het fout is gedaan. Elke dokter maakt ooit een verkeerde inschatting, ik heb ook een patiënt aan wie ik nog elke week terugdenk. Daarom moet je het hebben over de veiligste manier van werken. Ik ben me gaan inzetten als medisch specialist patiëntveiligheid.’

Wat is de meest leerzame aanpak?

Marjo: ‘Allereerst het bespreken van incidenten. Ervan uitgaan dat die niet op zichzelf staan. Niets onder





tafel vegen, niet die teneur van “waar gehakt wordt vallen spaanders”. Vervolgens ook leren van de bijna-incidenten. Als je bijna iemand een verkeerde pil gaf, moet je het ook dáárover hebben. Zodat je niet meer in die situatie komt. En ten slotte leren van wat goed gaat. Dat is de Safety 2-systematiek die nu wordt gepromoot. Aan het eind van elke dag of in teamoverleg ook benoemen wat er goed ging.’

Ralph: ‘Multidisciplinair leren van incidenten, zoals complicatiebesprekingen of debriefings van reanimaties en SIT-oproepen. En kijken wat goed gaat. Zoals een collega van me eens zei: “Stel dat je wilt weten wat de geheimen van een goed huwelijk zijn. Dan moet je niet alleen scheidingen analyseren, maar ook de relaties waarin het goed gaat.”’

Hoe houd je het onderwerp op de agenda?

Marjo: ‘Dokters willen feiten: “Behandeling x geeft betere uitkomsten.” Dus zijn er steeds onderzoek en data nodig. En soms moet je ook gewoon een regel instellen. Het belang van handhygiëne kenden we eigenlijk allang, maar je blijft mensen houden met bedenkingen. Dan kun je het beste afkondigen: de afspraak hier is iedere keer handen wassen.’

Ralph: ‘Met multidisciplinaire leer-netwerken, zoals de Federatie al benoemd heeft in haar beleidsplan. Een voorproefje daarvan kregen we tijdens de COVID-19 pandemie.’



‘Als iets fout is gegaan wil dat niet zeggen dat iets fout is gedaan’

Via sociale media en webinars werd snel kennis en research gedeeld. En ook kreeg de zorg voor zorgmedewerkers veel meer aandacht dan tevoren. Inmiddels is het dan ook logischer om over zorgveiligheid te spreken in plaats van patiëntveiligheid.’

Als je één ding mag noemen dat beter kan?

Marjo: ‘Multidisciplinair opleiden. Ik vind het altijd vreemd dat we allemaal samen in de collegebanken hebben gezeten, maar ineens bedoelen we iets anders als we het hebben over efficiëntie, veiligheid, kwaliteit van zorg. Zorg dat je allemaal dezelfde taal spreekt. Ook met bijvoorbeeld verpleegkundigen en fysiotherapeuten. Dat begint in de opleiding.’

Ralph: ‘Ik vind het een jeukwoord, maar toch: leiderschap. Wat je nodig hebt zijn leiders met een visie op kwaliteit en veiligheid die verankerd is in de strategie van een ziekenhuis. Raden van bestuur, stafbesturen, ook de Federatie kunnen allemaal helpen om dit onderwerp te blijven agenderen. Ons platform functioneert goed, maar met nog steeds één op tien van de klinisch opgenomen patiënten die zorggerelateerde schade ondervindt, is dat niet meer dan een eerste babystapje.’

Lustrumcongres

Op maandag 13 november openen de Federatie en het Platform Patiëntveiligheid in Utrecht de week van de patiëntveiligheid 2023 met het lustrumcongres ‘10 jaar Medisch Specialisten Patiëntveiligheid.’ Wat zijn de lessons learned van het afgelopen decennium en welke stappen moeten we samen maken voor een patiëntveilige toekomst? Bekijk het programma en meld je aan:



Tijd voor Verbinding

Het programma Tijd voor Verbinding heeft als doel om zorggerelateerde schade verder terug te dringen. Safety-2 is een van de uitgangspunten van het programma. Wil je bijdragen aan het agenderen van patiëntveiligheid op of rondom je werkplek? Meer informatie en een toolkit vind je op www.programmatvv.nl.

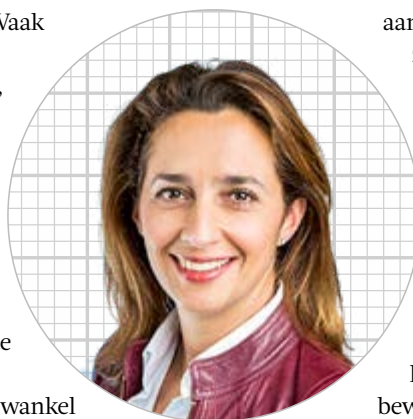


Column

Wees menselijk

Patiëntveiligheid is wat mij betreft nauw verweven met het gebod “Gij zult niet schaden”. Wij willen onze patiënten helpen, niet schaden. Om dat te kunnen, worden we opgeleid tot zelfstandig handelende en denkende medisch specialisten. Gedrevenheid en perfectionisme - toch al natuurlijke eigenschappen van een groot deel van onze beroepsgroep - worden daarbij omarmd en gestimuleerd.

Deze route kan ook een valkuil zijn. Vaak horen we weer dat stemmetje in ons hoofd: “Ik moet dit toch zélf kunnen, ook als het lastig wordt.” Dit stemmetje weerhoudt ons van het stellen van de simpele vraag: “Ik weet niet helemaal zeker of ik hier linksaf of rechtsaf moet. Normaal zou ik kiezen voor rechtsaf, maar nu twijfel ik. Wat zou jij doen?” En dat is begrijpelijk: door de vraag te stellen, erkennen we dat we een fout zouden kunnen maken. Dat kan een wankel gevoel geven, want ons is met de paplepel ingegoten dat je fouten te allen tijde moet zien te voorkomen. Soms komt daar de angst voor het kritische oordeel van de ander nog bij. Zo zit de angst voor fouten bij sommigen heel diep. In mijn loopbaan als cardiothoracaal chirurg, plaatsvervangend opleider en coach, heb ik de angst voor fouten leren zien als een belemmerende overtuiging, die de groei van mensen in de weg zit. Dat geldt in het bijzonder voor medisch specialisten. Leren van fouten is lastig, net als het delen van gevoelens van onzekerheid en kwetsbaarheid. En hoewel iedereen hier een eigen weg in heeft gevonden, zijn lang niet alle medisch specialisten zich bewust van hun eigen mechanismen, van hun omgang met de kans op fouten. Terwijl juist dit basale bewustzijn het raam openzet naar groei. Gelukkig kantelt het beeld. We zien steeds meer in dat



we geen robots zijn, maar mensen die er goed aan doen hun angsten en kwetsbaarheden te erkennen en door zelfreflectie te onderzoeken. Inclusief onze soms wat groot en gevoelig uitgevallen ego's, onze reflexen bij afwijkingen en onze reactie op collega's die ons - gevraagd of ongevraagd - op die reflexen wijzen. Dit proces is interessant en wijst ons de weg naar meer patiëntveiligheid.

Het simpele bewustzijn van onze menselijkheid wordt in het bijzonder gewaardeerd door de jonge generatie, de medisch specialisten in de dop die zich in een sneltreinvaart ontwikkelen. Ik raad hen altijd aan om iemand op de werkvloer te zoeken bij wie ze zich vertrouwd genoeg voelen om advies te vragen bij dilemma's en vraagstukken. Dat is voor velen geen makkelijke opgave. Dus als een aankomend medisch specialist zich bij jou meldt voor advies of hulp, omdat jij hun onzekerheden misschien al eens hebt meegemaakt en begrijpt, realiseer je dan dat die stap heel wat moed kan vergen. Wees je bewust van jouw potentiële oordeel en laat dat links liggen. Luister, reflecteer en ondersteun waar nodig. Kortom, wees menselijk en help hen op weg in ons mooie vak.'

Shirin Bemelmans-Lalezari
cardiothoracaal chirurg in UMC Utrecht



Voor de podcast en het televisieprogramma **Over Leven** werd Shirin geïnterviewd door programmamaker **Coen Verbraak**.