



Veiligheidsmanagementsystemen worden steeds breder toegepast

# Staat patiëntveiligheid begin van een revo

**Medische missers, patiënten die jaren op hun gelijk moeten wachten, artsen die elkaar de hand boven het hoofd houden, de media smullen ervan. Wat doet de zorgsector hieraan? Er is sinds 2008 een landelijk programma voor patiëntveiligheid waaraan alle ziekenhuizen deelnemen. Is dat voldoende of staan zij nog maar aan het begin van de 'veiligheidsrevolutie'?**

*Door Eveline van Herwaarden*

De grote omslag in het denken over medische fouten was de publicatie van 'To Err is Human: Building a Safer Health System' in 1999. Dit rapport van het Amerikaanse Institute of Medicine leidde ertoe dat patiëntveiligheid op de agenda werd gezet. De sector werd zich ervan bewust dat veel medische fouten te voorkomen zijn door het creëren van een veiligheidscultuur en door systematisch te sturen op risico's. De 'Nederlandse variant' van het rapport verscheen vijf jaar later. Rein Willems, de voormalige President-Directeur van Shell,

was aangewezen als Sneller Beter-gezant om de patiëntveiligheid te bestuderen. Zijn rapport 'Hier werk je veilig of hier werk je niet' verscheen in november 2004.

In 2007 verscheen een derde rapport dat veel invloed zou hebben. 'Onbedoelde schade in ziekenhuizen', een onderzoek op initiatief van de Orde van Medisch Specialisten, werd uitgevoerd door het NIVEL en EMGO+. De uitkomsten waren confronterend voor de Nederlandse zorgsector. Jaarlijks bleken 30.000 pa-

tiënten schade op te lopen tijdens de behandeling in het ziekenhuis. Schade die voorkomen had kunnen worden. Een kostenpost van 167 miljoen euro (1%) op de gezamenlijke ziekenhuisbudgetten. Uit de studie bleek dat deze vermijdbare schade voor een groot deel was toe te schrijven aan misverstanden in de samenwerking, het niet goed volgen van protocollen en het onvoldoende uitvoeren van dubbelchecks. Dit overtuigde de sector en het leidde tot het landelijke VMS Veiligheidsprogramma.



kenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).'

Het VMS Veiligheidsprogramma stoelt op twee pijlers, het invoeren van een VMS en tien praktische thema's. 'We hebben die tien thema's gekozen op basis van de hoogvermijdbare risico's die EMGO+ en NIVEL hadden beschreven en op grond van ervaringen in het buitenland. Voorbeelden zijn postoperatieve wondinfecties en het klaarmaken en toedienen van parenteralia. Voor al deze thema's zijn door expertgroepen praktijkgidsen geschreven. Praktijk-gidsen waarin de ziekenhuizen concrete implementatieadviezen vinden. Er zijn ook instrumenten ontwikkeld om de vooruitgang te kunnen meten, want het zichtbaar maken van resultaten vinden wij heel belangrijk. De andere pijler is het VMS dat alle ziekenhuizen verplicht invoe-



Brigit Heemskerk: 'Het programma heeft iets in gang gezet, binnen de ziekenhuizen zelf, maar ook op landelijk niveau.'

# eid aan het lutie?

## VMS Veiligheidsprogramma

Brigit Heemskerk is programmamanager van dat programma. 'Ik werkte bij de Orde van Medisch Specialisten toen in 2007 de basiseisen voor een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) in ziekenhuizen zijn vastgelegd', vertelt Heemskerk. 'Bij de totstandkoming van die eisen (NTA 8009:2007) waren veel veldpartijen betrokken, waaronder ziekenhuizen en patiëntenplatforms. De basis was dus al gelegd. Toen het rapport van EMGO+ en NIVEL verscheen, is besloten om het nog ambitieuzer aan te pakken. Het moest een landelijk programma worden, gericht op het aanpakken van vermijdbare schade in alle ziekenhuizen. Het rapport liet immers zien dat er enorme reducties mogelijk waren. Vier grote koepelorganisaties staken de koppen bijeen: de NVZ vereniging van zie-

ren. Eind 2012 loopt ons programma af en moeten de ziekenhuizen gecertificeerd zijn volgens NTA 8009:2007. Hiermee hebben zij een systeem in huis waarmee ze continu risico's signaleren en verbeteringen doorvoeren om de risico's beter te beheersen.

*'Jaarlijks krijgen 30.000 patiënten te maken met vermijdbare schade'*

Het melden van fouten en incidenten (Veilig Incidenten Melden) en die bespreekbaar maken hoort daar ook bij.'

## Verankeren in de organisatie

Professor Johan Lange vindt dat de aandacht in Nederland nog te eenzijdig ligt bij het ontwikkelen van systemen en

instrumenten en te weinig bij cultuurverandering. Lange is hoogleraar chirurgie en coördinator van de masteropleiding Geneeskunde aan de Erasmus Universiteit. Binnen het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde zet hij zich in voor patiëntveiligheid. Lange: 'Rein Willems zei al dat een VMS uit twee onderdelen bestaat. Uit cultuurverandering en een aantal thema's waaraan je kunt zien dat je verbetert. Naar mijn mening is er veel gedaan aan het uitrollen van de thema's, maar bijna niets aan het introduceren van de 'blame free'-cultuur. Er zijn weliswaar decentrale VIM-systemen (Veilig Incidenten Melden) opgezet, om het melden van fouten dichterbij de afdeling te brengen. Maar dat zijn allemaal instrumenten zonder dat de cultuur daarvoor geschikt

gemaakt is. Boze tongen beweren dat patiëntveiligheid nog teveel van het management is; vooral artsen weten vaak nog niet waar het over gaat.'

Brigit Heemskerk nuanceert dit. 'Het programma heeft iets in gang gezet, binnen de ziekenhuizen zelf, maar ook op lan-



Een ander aspect van medische zorg dat Johan Lange naar voren brengt is transparantie. 'De oplossing wordt vaak gezocht in meer openheid en informatie. Maar medische fouten en de transparantie daaromheen, dat is toch minder simpel dan het lijkt. In de zorg hoeft maximale transparantie niet te betekenen dat je overal openbaarheid aan geeft. Als ik een patiënt alle aspecten en risico's van een operatie zou uitleggen dan ben ik

delijk niveau. Door het werken met onze instrumenten en door het opzetten van een VMS verandert de cultuur langzaam mee. We hebben nu een gezamenlijke focus en er worden goede voorbeelden uitgewisseld. Je kon pas meedoen aan het programma als je je aanmeldde in een netwerk van ziekenhuizen. We hebben per netwerk masterclasses georganiseerd. Ieder ziekenhuis kon daar met zijn veranderteam aan deelnemen; teams met verschillende functionarissen. We hebben een paar duizend mensen getraind.' De ziekenhuizen zijn volgens Heemskerk goed op weg. 'Natuurlijk zijn ze nog niet

### Bewust worden van feilbaarheid

Termen als doofpotcultuur en arrogantie van artsen blijven hardnekkig de ronde doen. Johan Lange schroomt zelf niet om in de media te praten over medische fouten en wat er moet veranderen. Lange: 'Het is zeker niet meer zoals het was toen ik mijn opleiding afrondde. We zijn opener geworden. Maar als ik het heb over cultuurverandering bedoel ik dat we ons niet meer schamen voor onze feilbaarheid, dat we kritiek niet meer als wantrouwen voelen maar als ondersteuning. We moeten ons bewust worden van

bijna een dagdeel kwijt. Ik zal dus een samenvatting moeten geven. Tevens heeft een arts te maken met een kennisgap en het aspect van geruststelling. Een patiënt kan enorm angstig worden van bepaalde informatie. Sommige patiënten willen niet alles weten. Voor alle duidelijkheid, ik ben een voorstander van maximaal haalbare transparantie, maar een goede arts maakt per patiënt de balans op.' Volgens Lange zit de oplossing niet in het verlangen van volledige transparantie van artsen en ziekenhuizen. De oplossing ziet hij meer in de cultuur hoe er met fouten wordt omgegaan. Als er fouten zijn gemaakt, moeten artsen zich niet verschuilen achter de genoemde informatieproblemen.

### *'Patiëntveiligheid moet een normaal onderdeel worden van je werk'*

klaar', zegt ze, 'patiëntveiligheid moet verankeren in de organisatie, het moet een normaal onderdeel worden van je werk. Veilig Incidenten Melden heeft bijvoorbeeld veel aandacht gekregen, maar niet altijd horen mensen terug wat er met de melding is gebeurd. Het is voor veel ziekenhuizen nog steeds een punt van aandacht om die cyclus rond te krijgen. Naast het retrospectieve melden krijgen risico-inventarisatie vooraf en cultuurverandering nu ook steeds meer aandacht.'

onze feilbaarheid. Als ik weet dat ik feilbaar ben, dan begrijp ik ook dat mijn collega net zo zeer feilbaar is. Er is te lang gedacht dat we onze fouten niet mochten toegeven en elkaar er niet op mochten aanspreken. Neem nu het voorbeeld van het handen wassen. Er zijn duidelijke protocollen en dankzij Semmelweiss is al 150 jaar bekend dat je daardoor infecties kunt voorkomen. Toch gebeurt het niet. Puur omdat mensen elkaar niet aanspreken.'

### Iedereen draagt bij aan patiëntveiligheid

'Patiënten, maar ook de media, zijn geneigd om de arts als schuldige aan te wijzen', vervolgt Lange. 'Na onderzoek blijkt vaak dat er meer aan de hand is. Het besef dat er zelden één "schuldige" is dringt langzaam door.' Zowel Lange als Heemskerk noemen het voorbeeld van de chirurg in het Scheper Ziekenhuis in Emmen. Brigit Heemskerk: 'Iedereen wees naar de chirurg als veroorzaker van de medische fouten. Later volgde een analyse van de Onderzoeksraad voor de Veiligheid waaruit bleek dat er veel meer aan de hand was. Ook de Raad van Bestuur en

de medische staf viel iets te verwijten. Iedereen draagt bij aan patiëntveiligheid, je moet dus je totale systeem op orde hebben. Dat is precies waar ons programma om draait.'

Een minderheid van de fouten in de zorg (40%) is toe te schrijven aan apparatuur, procedures, logistiek en dergelijke. Een oplossing voor dat soort fouten ziet professor Lange in de samenwerking met de technische universiteiten en de opleiding van bijvoorbeeld medisch technologen. Lange: 'Het grootste deel van de fouten is echter terug te voeren op individuele fouten, op menselijke feilbaarheid. We schatten in dat het merendeel van die fouten verdwijnt als teamwork goed van de grond komt. Als je het mij vraagt is teamtraining dus het antwoord.'

### Werken als een getraind team

Het bewustzijn van de menselijke feilbaarheid neemt toe in de zorgsector. It's about time zou je denken, in een sector waarin bijna alles mensenwerk is. Johan Lange ziet hier de grootste winst liggen. 'We hebben alles te leren van de luchtvaart en de petrochemische industrie. Zij zijn het immers geweest die de hele awareness rond veiligheid op de kaart hebben gezet. Door teamtrainingen is het aantal fouten daar drastisch omlaag gegaan. Het gaat erom dat je als een getraind team werkt. Dan heb ik het niet over vakinhoudelijke training, maar over een aantal sessies waarin je leert dat je allemaal feilbaar bent en hoe je elkaar zonder spanning kunt controleren en ondersteunen. Door crosschecking kun je het aantal fouten enorm reduceren. We zien dat extra controleren steeds vaker in de gezondheidszorg, bijvoorbeeld bij het toedienen van chemotherapie en bij complexe operaties die tegenwoordig standaard door twee chirurgen worden gedaan. Maar het gebeurt nu nog bij een minderheid van de behandelingen en in het ziekenhuis zijn de oude, traditionele lijnen nog altijd zichtbaar. De verpleegkundige durft de arts niet aan te spreken en als de arts-assistent de professor corrigeert, dan fronsht hij de wenkbrauwen. De enige manier om dit te veranderen is door alle individuele zorgverleners tevens teamspelers te laten



Professor Johan Lange: 'We hebben alles te leren van de luchtvaart en de petrochemische industrie'.

worden. Crew Resource Management is een goed instrument om dat te trainen. Daar worden de zachte competenties bijgebracht om beter met elkaar samen te werken. De professor wordt geleerd om ook naar de leerling-verpleegkundige te luisteren. In de luchtvaart is dat goed geslaagd, daar is het nu zo dat de co-piloot op zijn kop krijgt als hij de piloot niet crosscheckt. In de zorg is dat nog volslagen ongebruikelijk.'

Ook in de vakinhoudelijke opleidingen wordt nu meer aandacht besteed aan onderwerpen als patiëntveiligheid en bewustwording van de menselijke feilbaarheid. 'Los van het organisatiegericht leren is beroepsgericht leren net zo belangrijk. We proberen patiëntveiligheid te gaan borgen in de vakopleidingen', zegt Heemskerk. 'Het is zeker belangrijk om al op jonge leeftijd het goede gedrag aan te leren', aldus Lange, 'boven de veertig jaar wordt het moeilijk om het gedrag van mensen te veranderen'.

### Resultaten motiveren

Het ministerie van VWS, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Orde, de

zorgverzekeraars, ze hebben patiëntveiligheid nu allemaal in hun beleid opgenomen. Eind 2012 loopt het VMS Veiligheidsprogramma af. Brigit Heemskerk zegt hierover: 'Alle ziekenhuizen hebben een VMS opgezet en implementatie-ervaring opgedaan met de thema's. Ze zouden nu in staat moeten zijn om zelf met andere thema's verder te gaan en een eigen koers uit te zetten. Los daarvan zijn we met de partnerorganisaties aan het kijken hoe we dit programma gaan borgen: de opgedane kennis moet na 2012 natuurlijk niet verloren gaan. Maar er zijn al veel tastbare resultaten die motiverend werken. Kijk bijvoorbeeld naar het Albert Schweitzer ziekenhuis dat de laatste Nationale Patiëntveiligheid Award won. Zij hebben de mortaliteit bij vitaal bedreigde patiënten op de Intensive Care terug weten te brengen van 40% naar 13,6%. Er komen steeds meer voorbeelden bij waaruit blijkt dat de doelstellingen worden behaald en dat de vermijdbare schade wordt gereduceerd. Het EMGO+ en NIVEL gaan per thema in twintig ziekenhuizen kijken welke verbeteringen zijn gerealiseerd. Het rapport zal in het voorjaar van 2013 uitkomen. Daarnaast wordt het grote onderzoek dat zij in 2007 deden herhaald. Ook dat rapport verschijnt in 2013. Het zal een beeld geven van de voortgang die we in Nederland hebben geboekt.' **Q**

