

Patiëntveiligheid

Handboek voor medisch specialistische zorg

*Rob Dillmann, Cordula Wagner, Wim Schellekens, Jan Klein, Marjo Jager en
Tom van der Grinten (redactie)*

© De Tijdstroom uitgeverij, 2016. De auteursrechten van de afzonderlijke bijdragen berusten bij de auteurs.

De Tijdstroom uitgeverij BV, Postbus 775, 3500 AT Utrecht
Internet: www.tijdstroom.nl
E-mail: info@tijdstroom.nl

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp.

Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

ISBN 978 90 5898 306 0
NUR 870

Inhoud

Inhoud – 5

Inleiding – 9

Veiligheid van medisch-specialistische zorg – 9
*Rob Dillmann, Cordula Wagner, Wim Schellekens, Jan Klein, Marjo Jager,
Tom van der Grinten*

‘Ik voelde me niet veilig’ – 17
Matthijs Buikema

Deel I Patiëntveiligheid: een ernstig probleem, fors aangepakt

Hoofdstuk 1 Concepten van veiligheid – 23
Jan Klein

Hoofdstuk 2 Feiten: vermijdbare schade en sterfte in Nederlandse ziekenhuizen
Internationale gegevens – 39
Maaïke Langelaan, Maren Broekens, Martine de Bruijne, Cordula Wagner

Hoofdstuk 3 Visie en strategieën: integraal veiligheidsmanagement als uitdaging en
opdracht – 51
Veiligheid als continu druppelinfuus
Dana Ploeger

Deel II Leerervaringen van binnen en buiten de zorg, uit binnen- en buitenland

Hoofdstuk 4 Kun je leren van incidenten?
Ervaringen van de Onderzoeksraad voor Veiligheid in de sector gezondheidszorg – 61
Thérèse van der Velden, Arlette van der Kolk

Hoofdstuk 5 Veiligheid bij Shell – 75
Annemarie van der Rest

Hoofdstuk 6 Patiëntveiligheid in vijf Europese landen – 85
Anne Marie Weggelaar-Jansen, Hester van de Bovenkamp, Roland Bal

Hoofdstuk 7 Excellente zorg in het buitenland – 95
Bart Kiers

Deel III Arena en actoren

Hoofdstuk 8 Governance: de maatschappelijke context – 111

Wilma van der Scheer

Hoofdstuk 9 (Zorg)verzekeraar en veiligheid – 119

Ben Crul

Hoofdstuk 10 De rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg – 127

Ian Leistikow, Paul Robben

Hoofdstuk 11 Patiëntveiligheid en de balans tussen intern en extern toezicht – 145

Marius Buiting, Henk den Uijl, Jan Vesseur

Hoofdstuk 12 Sectorbrede kwaliteitssystemen – 157

Kees van Dun, Margriet Schneider, Liesbeth van Rensen, Wim van Harten, Arnoud van Schaik, Miriam Kroeze, Jan Boogaard, Alice Hamersma, Roelof van Blommestein

Deel IV Besturen van patiëntveiligheid

Hoofdstuk 13 Verbeteren van patiëntveiligheid vergt strategie en leiderschap – 199

Rob Dillmann

Hoofdstuk 14 Governance van patiëntveiligheid

De rol en verantwoordelijkheid van professionals, raad van bestuur en raad van toezicht – 213

Wim Schellekens

Hoofdstuk 15 Meten van patiëntveiligheid in een organisatie – 229

Martine de Bruijne, Maaïke Langelaan, Cordula Wagner

Hoofdstuk 16 Veiligheid als intrinsiek onderdeel van procesmanagement – 237

Marc Rouppe van der Voort, Jacob Caron

Hoofdstuk 17 Patiëntveiligheidscultuur: van ontkenkend naar vooruitstrevend – 243

Cordula Wagner, Inge Verbeek-van Noord, Nicolien Zwijnenberg

Hoofdstuk 18 Veranderkundige weg naar veiligheid – 253

Gera Welker, Erik Heineman

Deel V Patiënten en professionals

Hoofdstuk 19 Communicatie – 269

Mark van Twist, Jorren Scherpenisse, Matthijs Buikema, Stef Verhoeven

Hoofdstuk 20 Patiëntveiligheid: interne communicatie als interventie – 291

Saskia ter Kuile

Hoofdstuk 21 De proactieve rol van burgers, cliënten en patiënten bij patiëntveiligheid: partners in public health – 301

Erica de Loos, Diana Delnoij

Hoofdstuk 22 Professionals die de goede dingen goed doen – 313
Hub Wollersheim

Hoofdstuk 23 Samenwerken, communicatie, aanspreken: teamaspecten van patiëntveiligheid – 321
Marck Haerkens

Hoofdstuk 24 Verbeteren en verantwoorden – 329
Eric-Hans Eddes, Michel Wouters, Rob Tollenaar

Hoofdstuk 25 Zelfregulatie, van kwetsbaarheid naar kracht – 343
Yolande Witman

Hoofdstuk 26 Second victim – 357
Gerda Zeeman, Kris Vanhaecht

Hoofdstuk 27 Medische opleiding en patiëntveiligheid – 365
Markus Klimek, Jaap Hamming, Iris Wallenburg

Deel VI Het gereedschap

Hoofdstuk 28 Audits – 379
Marieke Zegers, Saskia van Gelderen, Mirelle Hanskamp, Nicolien Kromme, Joop Lefrandt, Hilde Jalving

Hoofdstuk 29 Prospectieve risico-inventarisatie – 399
Ron Bours, Barbara Janssen-Solberg

Hoofdstuk 30 Wat kon er beter? – 415
Anne van Tellingen, Anouk Etman, Mehdi Jiwa, Chantal Epskamp-Kuijpers, Maren Broekens, Maaïke Langelaan

Personalía – 435

Register – 439

Inleiding

Veiligheid van medisch-specialistische zorg

*Rob Dillmann, Cordula Wagner, Wim Schellekens, Jan Klein, Marjo Jager,
Tom van der Grinten*

Wij willen met dit boek een bijdrage leveren aan het verbeteren van patiëntveiligheid in de medisch-specialistische zorg door aan te reiken wat er de afgelopen jaren in de medisch-specialistische zorg in Nederland en daarbuiten op dit terrein is gedaan. En dat is niet gering. Maar ook door te bezien wat, waar en hoe het nog beter kan.

De afgelopen tien jaar kunnen we als volgt karakteriseren. Om te beginnen moeten we constateren dat de sector niet zelf in beweging is gekomen. De bevindingen van het Institute of Medicine uit 2000 (*To err is human*) hebben de eerste impuls gegeven. In Nederland was daar het rapport van Rein Willems van Shell voor nodig, als onderdeel van het Sneller Beter-programma van VWS (*Je werkt hier veilig of je werkt hier niet*, november 2004). In het verlengde daarvan heeft de Orde van Medisch Specialisten (nu de Federatie Medisch Specialisten) een onderzoeksprogramma naar onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen geïnitieerd. Begin 2007 kwam hierover het eerste rapport van EMGO/NIVEL dat in Nederland voor de nodige urgentie zorgde: 1500-2000 vermijdbare sterfgevallen per jaar in Nederlandse ziekenhuizen. Het veiligheidsmanagementsysteem (VMS)-programma, gericht op de invoering van een veiligheidsmanagementsysteem, kwam weer voort uit het rapport van Willems en het EMGO/NIVEL-onderzoek. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft vervolgens met haar niet-vrijblijvende aandacht voor de implementatie van het VMS, en haar focus op onder andere het operatieve proces, de intensive care, medicatieveiligheid en gebruik van medische technologie (in het kader van haar thematisch toezicht) deze externe impuls versterkt.

We kunnen zonder meer constateren dat er in de afgelopen tien jaar enorme vorderingen zijn geboekt op het gebied van patiëntveiligheid, wereldwijd en in Nederland. Zo zijn er nieuwe instrumenten geïntroduceerd, indicatoren verzameld, checklists, prospectieve risicoanalyses en een veiligheidsmanagementsysteem ingevoerd, om maar enkele voorbeelden te noemen. Het Sneller Beter-programma en het VMS-programma hebben daaraan een duidelijke bijdrage geleverd. Van het (inmiddels weer opstartende) Imagine-programma van de STZ (Stichting Topklinische Ziekenhuizen) moet dat nog worden afgewacht. Ook het op de verpleegkundigen gerichte programma 'Excellente Zorg' kan een bijdrage aan patiëntveiligheid leveren. In dit verband mag de rol van de verpleegkundige als het gaat om veilige zorg niet onderschat worden. Dat blijkt ook uit het boek *Patiëntveiligheid in de verpleegkunde*, dat we van harte aanbevelen.¹ De cijfers van EMGO/NIVEL lijken ook uit te wijzen dat al dit instrumentarium ook echt resultaat heeft geboekt: ruwweg een halvering van de vermijdbare schade en sterfte in een periode van iets minder dan tien jaar. Bij de resultaten van het eerste onderzoek in 2007 is dat ook als doelstelling geformuleerd, en lange tijd was er scepsis of dat wel zou lukken. En ook al lijkt dit gelukt, toch zijn deze resultaten niet in alle ziekenhuizen behaald: er is nog steeds veel interziekenhuisvariatie en goede voorbeelden worden niet als vanzelfsprekend overgenomen. Imple-

mentatie van wat we weten en brede verspreiding van best practices zijn nog steeds een grote uitdaging.

De vraag die ons bezighoudt, is of het mogelijk zal zijn om de huidige omvang van vermijdbare schade en sterfte nog een keer te halveren. Dat is uiteraard een ambitieus doel, ambitieuzer nog dan de halvering van 2008 tot 2011/2012. Wat zou daarvoor nodig zijn? Kunnen we dat realiseren door het bestaande instrumentarium nog beter toe te passen, of vergt dat nieuw instrumentarium een meer ingrijpende verandering, of meer nieuwe kennis? Of gaat het (ook) om cultuurverandering, patiëntbetrokkenheid, attitudeverandering bij professionals, of waardegericht leiderschap? Weten we eigenlijk ook waarom het zo vaak wel goed gaat?

Daarbij gaan we ervan uit dat een dergelijke halvering een relevant doel is. Uiteindelijk moet het doel immers zijn: geen vermijdbare schade! Dat wordt onderstreept door de ervaringen die wij hebben opgedaan en opdoen in onze eigen organisaties. Wie regelmatig spreekt met patiënten bij wie iets is misgegaan, krijgt een scherp beeld van wat nog beter kan. Dat wordt versterkt door de grote hoeveelheden meldingen van kleinere en grotere incidenten, uiteindelijk culminerend in de top van de ijsberg: de 1500 meldingen van calamiteiten aan de IGZ. Daarnaast de 900 potentieel vermijdbare sterfgevallen, en duizenden gevallen van vermijdbare schade over 2011/2012 volgens het EMGO/NIVEL-onderzoek. Wij gaan ervan uit dat deze staan voor minstens 1,5 miljoen riskante situaties per jaar in de Nederlandse medisch-specialistische zorg. We kunnen – ondanks de naam ervan – niet zeggen dat het VMS echt een samenhangend veiligheidsmanagementsysteem is. Dat neemt niet weg dat het VMS zonder meer relevante onderdelen bevat, maar inpassing in de organisatie van het ziekenhuis binnen een cyclisch monitorings- en verbeteringssysteem is nog weer een heel andere opgave. Naast het VMS zijn echter alle bestaande instrumenten gewoon gebleven, en inmiddels zijn en worden er ook al weer andere aan toegevoegd. En zo wordt het beeld van een arbeidsintensieve ‘lappendeken’ versterkt. Kortom, veel geïsoleerde instrumenten en technieken om te meten, te normeren, te verbeteren en verantwoording af te leggen. Onze indruk is dat deze lappendeken in veel ziekenhuizen nog meer wordt ervaren als een extern opgelegde last dan als een vanzelfsprekende verantwoordelijkheid voor een steeds veiligere en steeds betere zorg voor de patiënt.

Om te beginnen moeten we constateren dat veel veiligheidsinstrumentarium – dat in dit boek ook uitgebreid aan de orde komt in de verschillende delen en hoofdstukken – toegevoegd is aan de ziekenhuisorganisatie, die in de kern niet anders is gaan functioneren. We horen dat ook van de professionals: er komen alsmat dingen bij: checklists, scorelijstjes, verantwoordingsdrang, kortom, de hele veiligheidsbureaucratie. Met waarneembaar effect, maar het lijkt er soms op dat we in organisaties op zwakke plekken plakkers aanbrengen waarbij patiëntveiligheid niet intrinsiek is ingebouwd in de zorgprocessen.

Kortom, we staan op het punt waarin we de omslag kunnen maken van veiligheid als extrinsiek, als toevoeging aan het bestaande, naar veiligheid als een intrinsiek gegeven, dat in de kern in onze zorgprocessen is ingebouwd. Vergelijk het met de veiligheidsproblemen die oudere versies van Windows teisterden: je kunt natuurlijk alsmat pleisters blijven plakken, maar op gegeven moment moet er voor een volgende stap een grondiger nieuw ontwerp worden gemaakt.

Dit is geen theoretisch probleem. Om te beginnen moeten we constateren dat er een behoorlijk grote hoeveelheid instrumenten is ontwikkeld om de veiligheid te vergroten, zonder dat deze goed op elkaar zijn afgestemd. Er is een forse – vaak nationale – kwaliteitsbureaucratie ontstaan, die het risico loopt dat zij de intrinsieke motivatie van zorgprofessionals ondermijnt. Deels omdat het directe effect lang niet altijd zichtbaar is, deels omdat het gebruik ervan in de praktijk omslachtig is en niet goed aansluit bij de huidige werkwijze. Ten tweede verkeren we niet in de omstandigheid om eens in de zoveel tijd een nieuwe release van onze organisaties

uit te brengen, zoals Microsoft dat wel kan. Ziekenhuisorganisaties ontwikkelen zich stap voor stap, terwijl tegelijkertijd de patiëntenzorg gewoon doorgaat. Dat nieuwe ontwerp komt dus niet in één keer tot stand, maar in onderdelen en in stappen en stapjes. Het valt te verwachten dat moderne technologie en goede integrale ICT-oplossingen ons daarbij gaan helpen.

In de praktijk ziet dat er ongeveer zo uit. In het kader van het veiligheidsmanagementsysteem vragen we van verpleegkundigen om pijnscores, decubituscores, delierscores en scores op de Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ) bij te houden, veelal meerdere keren per dag. Ieder voor zich niet vreemd, en eigenlijk een natuurlijk onderdeel van het verpleegkundig proces. We hebben die onderdelen er alleen apart uitgehaald, met als risico dat ze een eigen leven gaan leiden. Vooral als de administratie via een minder praktisch ICT-systeem veel tijd kost. Bij het toedienen van farmaca is het goed gebruik om een dubbelcheck te doen. Het vierogenprincipe. Prima natuurlijk, maar dan moeten die vier ogen wel steeds bij elkaar in de buurt zijn. En dat is lang niet altijd het geval. Kunnen we daar nou geen geautomatiseerde systemen voor gebruiken? De TOP-checklists op de operatiekamer: zij dragen evident bij aan een verbeterde patiëntveiligheid. Alleen ontstaat er natuurlijk wel een zekere verzadiging wanneer we in ons enthousiasme onderdelen van de checklist meerdere keren uitvragen. Bekend is de observatie van patiënten dat zij er onzeker van worden wanneer we tien keer of vaker vragen of we de juiste patiënt hebben. Kunnen we dat anders organiseren?

Waar staan we nu?

In de medisch-specialistische zorg, zoals die in ziekenhuizen wordt geleverd door teams van professionals met een medische of paramedische opleiding, zien we in relatie tot patiëntveiligheid de volgende ontwikkelingen.

- Sterk toegenomen specialisatie en subspecialisatie binnen de professionele disciplines, meer in het bijzonder bij de medisch specialisten. Door schaalvergroting die samenhangt met minimumaantallen voor complexe interventies, ontstaan enerzijds grote maatschappen in steeds grotere ziekenhuisorganisaties, en neemt de specialisatie steeds meer toe. Dit vraagt veel multidisciplinaire afstemming en samenwerking en zorgcoördinatie. Communicatie is dan de zwakke schakel. Waar dat niet of onvoldoende gebeurt, is er grote kans op schade voor de patiënt. Vandaar de oproep om de generalist weer te introduceren in onze ziekenhuizen.
- Veelal gefragmenteerde zorgprocessen met nogal wat breuklijnen vanuit patiëntperspectief. Dat is de ervaring van onze patiënten en dat zien we wanneer er iets niet goed is gegaan of wanneer we audits doen vanuit patiëntperspectief. Problemen ontstaan vaak wanneer de situatie of de aandoening van de patiënt afwijkt van het standaardpatroon. Dat kan komen door de aard van het probleem, de persoonlijke situatie van de patiënt, of omdat een medische situatie zich snel verkeerd ontwikkelt, zoals wanneer patiënten instabiel worden. Het is geen uitzondering wanneer een patiënt tijdens zijn behandeling te maken krijgt met tussen de vijftig en de tweehonderd zorgprofessionals.
- Veel zorgprocessen zijn tot stand gekomen in de 'silo's' van de verschillende ziekenhuisafdelingen (bijvoorbeeld de afdeling Spoedeisende eerste hulp (SEH), poli, radiologie, lab, verpleegafdeling, ok), en zijn meestal niet systematisch ontworpen en dus ook niet op elkaar afgestemd. Aansturing van bovenaf en ook de budgetbewaking vinden vaak nog 'silogericht' plaats, waardoor doelmatigheid van de silo belangrijker is dan de kwaliteit en veiligheid van het zorgproces dat altijd silo- (discipline- en afdelings)overstijgend is.

- Binnen deze zorgprocessen hebben we vervolgens te maken met roosters die een 7 × 24-uursfunctioneren mogelijk moeten maken, met alle overdrachtsmomenten van dien. Met bovendien bekende verschillen in de bezetting overdag en gedurende de uren in de avond, de nacht en de weekenden.
- Binnen de context van deze ziekenhuissilo's, deze zorgprocessen en dit dienstrooster fungeert vervolgens een groot aantal specialismen en superspecialismen, arts-assistenten, physician assistants, nurse-practitioners, verpleegkundigen, verzorgenden, en ondersteunend personeel.
- Dit alles wordt ondersteund door ICT-systemen die klassiek zijn gestructureerd als financieel en/of dossiervoeringssysteem en niet ontworpen zijn om zorgprocessen te ondersteunen door middel van workflowmanagement. Pas de laatste jaren zien we daar verandering in komen.
- Ziekenhuisorganisaties zijn ook rijk aan complexe medische apparatuur: op de ic, de ok, de radiologie-, de radiotherapie- en de scopieafdeling. Aan het onderhoud en het gebruik ervan dienen de hoogste eisen gesteld te worden.

Op basis van deze globale schets valt natuurlijk snel te zien dat ziekenhuizen in de aard van de zaak hoogrisicobedrijven zijn. De medische conditie van onze patiënten brengt risico's met zich mee. Voor de interventies die wij ondernemen geldt hetzelfde: op veel manieren worden de normale omstandigheden van het leven en het lichaam van onze patiënten veranderd: door operaties, door infusen, door straling, door farmaca. Hiermee kunnen levens worden gered, maar brengen om die reden ook risico's met zich mee.

Langs die lijn zien we natuurlijk ook waar belangrijke risico's bestaan:

- in de communicatie tussen professionals;
- bij de overdracht;
- bij de samenwerking;
- bij de coördinatie van zorg;
- bij het omgaan met potentieel risicovolle techniek.

Een ander aspect van het geschetste palet is de manier waarop we veiligheidsvraagstukken aanpakken. Ook daarin zien we nog steeds een fragmentatie die voortvloeit uit de scheiding van professionele en ziekenhuissystemen. En daarbinnen bestaat dan ook nog een breed scala aan instrumenten en aanpakken.

- Binnen ziekenhuizen zien we veel verschillende benaderingen: ziekenhuiscertificatie (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ), Joint Commission International (JCI)) met interne en externe audits, de aanpak van aansprakelijkheidsverzekeraars als Medirisk en Centramed, risicomangement, kwaliteits- en opleidingsvisitaties, instrumenten die via de IGZ zijn of worden afgedwongen (Toezicht operatief proces (TOP), checklists, antibioticabeleid), circa 1500 extern ontwikkelde indicatoren vanuit veel verschillende perspectieven en kwaliteitslabels van patiëntenverenigingen. Een ziekenhuis heeft weleens in beeld gebracht welke instanties iets vinden van wat er in een ziekenhuis gebeurt, en dat zijn er al gauw meer dan honderd!
- Multidisciplinaire samenwerking – binnen specialismen, tussen specialismen, tussen verschillende typen zorgprofessionals – is nog steeds niet vanzelfsprekend en dat geldt ook voor elkaar aanspreken en de bereidheid verantwoording af te leggen. We zien, bijvoorbeeld rond *crew resource management*, zeker goede ontwikkelingen, maar de onderlinge bereidheid om functioneren te bespreken, zorgresultaten op individueel niveau zichtbaar te maken en tijdig bij te sturen is nog steeds beperkt.

- Binnen de verscheidenheid – die wij toch vooral als fragmentatie opvatten – zien we in ieder geval een belangrijke tweedeling tussen meer organisatorische invalshoeken en de professionele invalshoek, die van de medisch specialisten. Deze tweedeling is in een hoogrisicobedrijf als het ziekenhuis niet meer van deze tijd. De ontwikkeling richting medisch-specialistische bedrijven waarin medisch specialisten zich organiseren separaat van de ziekenhuisorganisatie lijkt ons om die reden ook een stap terug, of zijwaarts, maar zeer waarschijnlijk niet voorwaarts.
- Een belangrijk risico is dat we de complexiteit van de ziekenhuisorganisatie aan het bestrijden zijn met de minstens zo grote complexiteit van alle kwaliteits- en veiligheidsinstrumenten en -systemen. Dat kost veel tijd en energie, en leidt ertoe dat een zekere vermoeidheid ontstaat om in deze vaak als bureaucratisch ervaren wirwar toch voortgang te blijven boeken. Ons pleidooi is, waar het maar kan, meer samenhang en integratie en minder complexiteit tot stand te brengen. Dit om te voorkomen dat de pendel terugzwaait, en dat de voortgang die de afgelopen jaren ten behoeve van onze patiënten is geboekt stagneert, of zelfs deels weer verloren gaat.

In de sector hebben we veel aansprekende voorbeelden gezien om patiëntveiligheid te verbeteren. Bij de jaarlijkse IGZ ZorgVeiligPrijs werden deze bijvoorbeeld zichtbaar. Een paar jaar later konden die initiatieven echter weer verdwenen zijn, omdat er onvoldoende borging was en bijvoorbeeld cruciale trekkers van de initiatieven van functie zijn veranderd. Verspreiding van dergelijke mooie voorbeelden lukt ook vaak niet goed omdat de lokale omstandigheden zo verschillen dat steeds binnen de lokale context een specifieke aanpak moet worden ontwikkeld, waarbij leren van elkaar niet ons sterkste punt is.

Verder zien we – meer of minder verspreid – toch nog wel aanzienlijke weerstand tegen het doorvoeren van relevante onderdelen van het veiligheidsbeleid. Denk aan infectiepreventie, maatregelen voor de geneesmiddelveiligheid, goede naleving van afspraken over hoofdbehandelaarschap, checklists enzovoort.

We leren nog veel van zaken die fout gaan, en waarop dan verbetermaatregelen volgen. Maar of die maatregelen ook echt uitgevoerd worden, is dan de vraag. En hoe zit het dan een jaar later? Of op andere plaatsen in het ziekenhuis met soortgelijke risico's? In die zin is de veiligheidscultuur vaak nog reactief, en niet proactief en integraal. Zorggerelateerde schade komt nog steeds voor, terwijl de eisen die onze patiënten en hun naasten aan de betrouwbaarheid en veiligheid van de geleverde zorg stellen, verder toenemen.

Tot slot heeft de sector ook nog behoorlijk wat andere kwesties om zich mee bezig te houden. De wijzigingen die de afgelopen tien jaar zijn doorgevoerd (bijvoorbeeld basisverzekering, verzekeraar als regisseur van zorg, contracteervrijheid, DBC- en DOT-systeem, volledig risicodragerschap in financiële zin, inclusief huisvesting, transparantie over zorgresultaten, fusies, netwerken) leiden natuurlijk nog weleens af van een coherente en op kwaliteit en veiligheid gerichte sturing.

Waar gaan we heen? – de transitie en uitdaging voor de komende tien jaar

Is het vreemd dat we nu staan waar we staan? Omdat de nodige inhaalslag aanzienlijk was en de sector zelf niet in beweging kwam, is dat eigenlijk volstrekt logisch. Om nu productief verder te kunnen, moet de sector zelf nu weer de leiding overnemen om de veiligheid van zorg te verbeteren.

De inhaalslag die de sector (onder invloed van vele externe impulsen) heeft gemaakt, is indrukwekkend en heeft aantoonbaar resultaat geboekt. Het nadeel van al die externe impulsen is dat er – zoals al is betoogd – een externe, onvoldoende samenhangende bureaucratistische schil om het primaire proces is komen te liggen. Dat verhindert de doorontwikkeling naar een veel meer intrinsiek gestuurd proces waar de nadruk op professionaliteit, leiderschap, standaardisatie, sturing en samenhang komt te liggen. Van extern gedreven naar intern gedragen, van extrinsieke motivatie naar het bouwen op intrinsieke motivatie. Van fragmentatie en deeloplossingen naar het inbouwen van veiligheid in een cyclisch functionerend geïntegreerd ziekenhuisbreed kwaliteits- en veiligheidssysteem.

De vraag die we ons in dit boek stellen, is de volgende: welke stappen kunnen we zetten en in welke richting, om de uitdaging voor de komende jaren te realiseren? Dat wil zeggen: verdere reductie van onveilige en riskante situaties, vanuit intrinsieke motivatie, gedragen door de professionals, met vermindering van complexiteit en bevordering van gewenst persoonlijk en teamgedrag, zodat vermijdbare schade en sterfte verder worden teruggebracht. De sector heeft er nu tien jaar op zitten; hoe ziet het pad voor de komende tien jaar eruit? Dat betekent het geleerde van de afgelopen tien jaar behouden en doorontwikkelen in een meer geïntegreerde aanpak. Van extrinsiek naar intrinsiek, van gefragmenteerd naar samenhangend, van bureaucratisch naar vanzelfsprekend en ingebouwd, inclusief persoonlijke verantwoordelijkheid. Wat kunnen we leren van wat wel goed gaat? Kunnen ook patiënten zelf nog een rol spelen om de zorg veiliger te maken?

De thema's voor de komende jaren

In het algemeen zien we voor de komende jaren de volgende thema's.

- Uitgaan van professionaliteit, opleiden, coachen, aanspreken, verantwoording afleggen, voorbeeldgedrag, op alle niveaus in de organisatie. Zowel klinisch leiderschap als het nemen van verantwoordelijkheid is hierbij essentieel. Dit maakt dat we als organisatie weerbaar en flexibel zijn, wanneer het een keer niet loopt zoals we het ontworpen hebben – en dat gebeurt nu eenmaal. Hierbij is het zaak dat normoverschrijdend gedrag niet getolereerd wordt.
- Ontwerpen en standaardiseren van werk- en zorgprocessen vanuit het perspectief van de toegevoegde waarde voor patiënten. Door standaardisatie kunnen (proces)afwijkingen veel sneller opgemerkt worden, en kunnen verbeteracties op gang komen. Dus standaard als het kan, en flexibel en weerbaar (*resilient*) als het moet.
- Noodzakelijke verbeteringen snel en kortcyclisch oplossen, zo veel mogelijk op de werkvloer.
- Ondersteuning door intelligente ICT-systemen die veel bureaucratie overnemen, en die het werkproces als uitgangspunt nemen zoals we dat vanuit patiëntperspectief ontwerpen.
- Een efficiënte, goed uitgelijnde planning- en controlcyclus waarin kwaliteit en veiligheid minstens zoveel aandacht krijgen als geld en productie. Het is van groot belang dat we daarbij meer naar voren gaan kijken dan naar achteren. We blijven leren van incidenten, maar we letten veel meer op het inbouwen van veiligheid in wat we doen vóórdat we het doen. Dat betekent tijdig signaleren en zinnig administreren. We weten dat een teveel aan transparantie de kwesties waar het echt om gaat, onzichtbaar kan maken.
- Ontdekken wat de inbreng van de patiënt zal kunnen betekenen om patiëntveiligheid te bevorderen.
- Duidelijkheid over de strategische doelstellingen van de organisatie en deze ook concreet vertalen naar doelen voor organisatieonderdelen en de verschillende actoren daarbinnen.

Er is nog een belangrijk aspect dat hier moet worden genoemd. Patiëntveiligheid is niet alleen de resultante van een veiligheidsmanagementsysteem en methoden en technieken om veiligheid te garanderen via prospectief risicomanagement en retrospectief leren van wat (bijna) fout is gegaan of van calamiteiten. Naast deze belangrijke strategische, organisatorische en instrumentele benadering van patiëntveiligheid wordt steeds duidelijker dat er ook een persoonlijke verantwoordelijkheid is van professionals en leidinggevers. Het naleven van veiligheidsrichtlijnen, het nakomen van afspraken, het goed onderling samenwerken rond de patiënt, goede onderlinge communicatie, adequate overdracht van informatie, goede coördinatie van zorg: het zijn allemaal essentiële voorwaarden om vermijdbare schade voor de patiënt te voorkomen en deze hebben vooral te maken met persoonlijke attitude en gedrag, voortkomend uit intrinsieke motivatie in het belang van de patiënt. Daar hoort dan ook automatisch bij dat professionals elkaar aanspreken wanneer collega's zich niet houden aan richtlijnen en afspraken, en gedrag vertonen dat niet past bij wat we graag willen in onze zorginstellingen. Datzelfde geldt ook voor leidinggevers: niet weggijken, onacceptabel gedrag niet langer toestaan, en niet aarzelen om op respectvolle wijze zo nodig sancties toe te passen, wanneer iemand – ondanks herhaaldelijk hierop te zijn aangesproken – ongewenst gedrag blijft vertonen. Acceptatie van niet-acceptabel gedrag leidt immers tot normvervaging en is dodelijk voor de cultuur en op termijn ook voor de patiënt. Tijdig ingrijpen laat zien waar het de leiding om gaat en stimuleert een cultuur van *compliance*, samenwerken en elkaar aanspreken.

Een nieuwe uitdaging is ten slotte ook wat de patiënt zelf kan inbrengen om veilige zorg te garanderen. Wat kan de patiënt zelf doen, wat kan zijn rol en verantwoordelijkheid zijn? In het buitenland worden de eerste ervaringen opgedaan, maar het is nog te vroeg om resultaten te melden.

Daarmee verschuiven we van reactief naar proactief, van bureaucratisch naar professioneel, van gefragmenteerd naar integraal, van extrinsiek gestuurd naar intrinsiek gemotiveerd. Naar een andere balans tussen bureaucratisch systeem en professioneel leiderschap.

Dit betekent ook een andere balans tussen de inspanningen van organisaties zelf en de rol van landelijk beleid en instanties. Enerzijds is de beschreven opgave voor ieder ziekenhuis afzonderlijk misschien wel te groot en anderzijds is generiek en landelijk beleid vaak te bureaucratisch in zijn uitwerking. De vorming van lokale netwerken van zorg- en ziekenhuisorganisaties die elkaar helpen of landelijke ondersteuning van die netwerken zou dan zinnig kunnen zijn. Zorgverzekeraars zouden hier een rol kunnen spelen.

Wat kunt u verwachten van dit boek?

In dit boek willen we de huidige stand van zaken wat betreft het verbeteren van patiëntveiligheid in beeld brengen, om de komende jaren de overgang te kunnen maken van extrinsiek naar intrinsiek gemotiveerde en georganiseerde patiëntveiligheid.

Dat betekent dat we zowel aandacht schenken aan het instrumentarium en de aanpak zoals die zich de afgelopen tien jaar ontwikkeld hebben, als aan de kwetsbare punten in de patiëntenzorg. Punten waarop het beter kan, en die de uitdaging voor de komende jaren bepalen.

In het eerste deel van het boek geven we een schets van het terrein: wat bedoelen we met patiëntveiligheid, wat zijn de cijfers? Wat houdt bestuurders bezig als zij patiëntveiligheid (en breder de kwaliteit van patiëntenzorg) willen verbeteren?

In het tweede deel kijken we naar wat we kunnen leren van situaties waar het is misgegaan, en signaleren we goede voorbeelden uit het buitenland en uit de industriële sector.

In het derde deel komen alle actoren aan bod die momenteel een belangrijke rol vervullen in het zorglandschap als het gaat om patiëntveiligheid. Wat is de rol van de IGZ, of van de raad van toezicht? Wat betekent een NIAZ- of JCI-accreditatie en wat kan de rol van een aansprakelijkheidsverzekeraar zijn?

Het verbeteren van patiëntveiligheid en hoe een organisatie daarin gestuurd kan worden, is het onderwerp van het vierde deel. Wat vraagt dat van de besturing van de organisatie, wat betekent het voor de communicatie en hoe genereren we veiligheidsgedrag?

Het vijfde deel gaat in op de rol van de professionals en professionele kwaliteitssystemen: van individu, via vakgroep tot professie.

En tot slot vindt u in het zesde deel enkele gereedschappen die zich de afgelopen jaren hebben bewezen en die in geen enkele veiligheidsaanpak zouden mogen ontbreken.

Als redactie realiseren we ons dat we geen integraal recept hebben kunnen geven voor het bouwen van intrinsiek veilige zorgorganisaties. Wel kunnen we samen met alle auteurs een overzicht bieden over wat er de afgelopen jaren tot stand is gebracht, en wat waardevolle instrumenten, aanpakken en concepten zijn. Of een ontwikkeling in de richting van intrinsiek veilige organisaties kan worden waargemaakt, zal de toekomst leren. Dat pad is naar onze overtuiging de moeite waard omdat we verwachten dat verdere verbetering niet gerealiseerd wordt door meer veiligheidsbureaucratie, maar door het nemen van verantwoordelijkheid voor de intrinsieke veiligheid van de zorg waar onze patiënten mee te maken hebben.

Gegeven de uitdaging om de veiligheid in onze ziekenhuizen nog verder te verbeteren, is dit boek voor iedereen bedoeld die hierin een rol te vervullen heeft. Voor zorgbestuurders, voor managers, voor professionals, voor medisch specialisten en verpleegkundigen, voor zorginkopers en toezichthouders. Voor iedereen die de handschoen op wil nemen.

Referentie

- 1 Ridder, K. den, Tuitert, Y., Tuijn, Y. van der & Bon, A. van (2016). *Patiëntveiligheid in de verpleegkunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.