

TER DISCUSSIE

Organiseer kwaliteitszorg zoals in de luchtvaart

VOOR BETERE PATIËNTVEILIGHEID IN NEDERLANDSE ZIEKENHUIZEN

Marck H.T.M. Haerkens, Roland T.A. Beekmann, Guus J.P. van den Elzen, Michael D.I. Lansbergen en Dick L. Berlijn

Het themanummer 'patiëntveiligheid' van dit tijdschrift eerder dit jaar (2009, nummer 8) laat zien dat patiëntveiligheid een steeds belangrijker onderwerp in de zorg wordt. De medische wereld kan in dit kader veel leren van veiligheids- en kwaliteitsmechanismen die in de luchtvaart ontwikkeld zijn. Zowel in de kliniek als in de luchtvaart zijn veiligheid en kwaliteit afhankelijk van de effectieve samenwerking van de verschillende disciplines. Effectief teamwork speelt daarbij een centrale en beslissende rol.

Aan de basis van effectief teamwork staan individuen met een optimale kennis van de instrumenten, standaard- en noodprocedures. Heldere protocollen en een eenduidige rolverdeling zorgen vervolgens voor een organisatorische setting waarin een team kan presteren. Voorwaarde is wel dat de teamleden optimaal op elkaar zijn ingespeeld.

De werkwijze van de luchtmacht kan hierin als voorbeeld dienen. De rolverdeling gedurende een militaire missie wordt expliciet besproken in de voorafgaande briefing. Na afloop van een operatie wordt er uitgebreid gedebriefd, om lering te trekken uit wat gebeurd is en om procedures eventueel bij te stellen.

'NON BLAMING': VEILIG FOUTEN MELDEN

Iedere missie in de luchtvaart wordt voorafgegaan door een uitgebreide briefing en besloten met een debriefing. Tijdens de debriefings wordt men niet alleen gewezen op de zaken die verbetering behoeven, men wordt tevens aangemoedigd om zelf gemaakte fouten aan te geven.

Deze kwetsbare opstelling ten opzichte van de eigen prestaties gaat tegen de menselijke natuur in, zelfs tegen die van een medicus, en een dergelijke opstelling moet men aanleren. Door het voorbeeld dat ervaren vliegers geven, leren jongere vliegers dat deze houding een teken is van kracht en niet van zwakte. Een voorwaarde hiervoor is dat fouten niet bestraft worden, zolang deze niet willens en wetens tegen de regels in zijn gemaakt. Dit is ook bij een onderzoek van vliegongevallen een ongeschreven regel.

De debriefing gebeurt met de deuren dicht. Buitenstaanders kunnen namelijk de context waarin fouten worden gemaakt niet begrijpen en zouden de zaak verkeerd kunnen uitleggen. Het doel is om te leren van fouten en niet om schuldigen aan te wijzen, in de wetenschap dat iedereen dezelfde fouten kan maken of omdat bepaalde situaties leiden tot het maken van fouten. Zou men bestraffen, dan is zeker dat veel potentieel gevaarlijke werkwijzen niet aan het licht komen en langer blijven bestaan.

PATIËNTVEILIGHEID

Recent onderzoek in de VS naar vermijdbare morbiditeit en iatrogene schade in de medische zorg heeft aanzienlijke kwaliteitsproblemen blootgelegd.^{1,2} Deze problematiek lijkt voor een belangrijk deel een gevolg te zijn van wat men in de luchtvaart 'human factors' noemt. Als we de situatie in Nederland in 2007 bij snijdende specialisten beschouwen, dan wordt onder meer duidelijk dat circa 40% van de onbedoelde schade waarschijnlijk te voorkomen was geweest.³ Tevens valt op dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg tot voor enkele jaren geleden geen getallen over vermijdbare schade publiceerde.

Toen men dit geconstateerd had, werd onder groeiende maatschappelijke druk onderzoek geïnitieerd. Op grond daarvan schat men de vermijdbare sterfte in de zieken-

Koninklijke Luchtmacht,

Centrum voor Mens en Luchtvaart, Soesterberg.

Kolonel drs. M.H.T.M. Haerkens, chirurg-vlieger

(thans: directeur Wings of Care b.v., Den Bosch);

majoor drs. R.T.A. Beekmann, arts-vlieger;

majoor drs. G.J.P. van den Elzen,

vlieger-psycholoog.

Ziekenhuisgroep Twente, Almelo.

Ir. M.D.I. Lansbergen, MTD, klinisch fysicus.

Generaal b.d. D.L. Berlijn,

voormalig Commandant der Strijdkrachten.

Contactpersoon: kolonel drs. M.H.T.M. Haerkens

(info@wingsofcare.nl).

huizen in Nederland inmiddels voorzichtig op circa 1800 patiënten per jaar. Dit is beduidend meer dan de 800 weggebruikers die jaarlijks in ons land overlijden als gevolg van verkeersongevallen.

Naast het hierdoor ontstane leed voor de patiënt en diens naasten brengt iatrogene schade ook grote kosten met zich mee. Van alle Nederlandse ziekenhuisbedden wordt – voorzichtig geschat – ongeveer 3% bezet door slachtoffers van fouten van het ziekenhuis zelf.⁴ De directe medische kosten van deze iatrogene schade belopen ongeveer 355 miljoen euro per jaar, waarvan 161 miljoen door vermijdbare fouten.

Een verbetering van patiëntveiligheid in de zorg is dan ook geboden. Aan de basis van een verbetering in de zorg staat het creëren van een structurele en veilige omgeving waarin men frequent feedback kan geven en waarin men opgepikte signalen verwerkt tot verbeteracties. Daarbij zou de medische wereld gebruik kunnen maken van beproefde principes uit de luchtvaart, zoals ‘standard operating procedures’, (de)briefen en ‘crew resource management’.^{5,6}

BRIEFING EN DEBRIEFING

Zoals gezegd, wordt iedere missie in de luchtvaart voorafgegaan door een uitgebreide briefing en besloten met een debriefing. In het afgelopen jaar is er een begin gemaakt met het (de)briefen van het team, met name op operatiekamers, voorafgaand aan en aansluitend op sommige kritische processen in het ziekenhuis. Op de meeste afdelingen is er echter nog geen sprake van een gestandaardiseerde aanpak.

CREW RESOURCE MANAGEMENT

Het belang van effectief teamwork kan nauwelijks worden overschat. Een concreet voorbeeld van teamtraining is crew resource management (CRM), dat eind jaren zeventig van de vorige eeuw in de luchtvaart werd ontwikkeld om incidenten aan te pakken die optraden door falende communicatie of falende samenwerking in de cockpit. CRM is in de afgelopen decennia voortdurend geëvolueerd. De nadruk bij CRM ligt tegenwoordig op ‘threat and error management’. Dit is het principe dat menselijke fouten onvermijdelijk blijven, maar dat men calamiteiten door optimaal teamwork kan voorkómen, zelfs als iemand in het team een fout heeft gemaakt.

De basis van CRM wordt gevormd door afspraken over omgangsvormen, samenwerking en effectieve communicatie. Juist in stressvolle situaties kan de samenwerking namelijk in gevaar komen door niet-standaard taalgebruik, een gebrek aan overzicht van de leider, heersende vooroordelen, ‘ruis’ op de werkvloer of door gedrag dat wordt beïnvloed door verschillen in anciënniteit. Het belang van CRM wordt in de luchtvaart inmiddels breed

onderkend en regelmatige deelname aan CRM-trainingen is voor luchtvaardenden verplicht.

Helaas neemt interdisciplinair teamwork in de medische opleidingen nog nauwelijks een plaats in en is er in ziekenhuizen nagenoeg geen sprake van een structureel streven naar standaardisatie.⁷ Toch zal een kliniek een patiënt pas oprecht een veilig zorgproces kunnen beloven als men er intern op toeziet dat zorgverleners niet alleen individueel zorgvuldig handelen, maar ook effectief samenwerken met collega’s. Afspraken hierover kunnen niet vrijblijvend zijn, maar men moet deze vastleggen in toelatingsovereenkomsten en arbeidscontracten.

TOEPASSING CRM

CRM kan men toepassen ten dienste van teamwork van professionals wanneer dezen betrokken zijn bij kritische medische processen. Aangezien vernieuwing in de zorg een prioriteit is voor universitaire klinieken is het niet verrassend dat deze materie daar als eerste een plaats wist te veroveren. In 2005 werd het team voor extracorporele membraanoxygenatie van de kinderchirurgische intensiverecare-unit van het Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam getraind volgens de luchtvaartstandaard, als onderdeel van een breder patiëntveiligheidsprogramma.

Begin dit jaar kreeg het voltallig hartkatheterisatiepersoneel van het Universitair Medisch Centrum St Radboud te Nijmegen eveneens training volgens deze standaard. Ook de Universiteit Twente biedt sinds 2004 teamtrainingen aan binnen de doctoraalopleiding biomedische technologie en bij de postdoctorale scholing voor klinische fysici. Deze klinische trainingen zijn zonder uitzondering met groot enthousiasme ontvangen.

De CRM-principes en -aanbevelingen blijken klinisch zeer goed toepasbaar en hebben inmiddels tot ingrijpende wijzigingen en verbeteringen geleid. Er lijkt zich zelfs al een ‘trainingsmarkt’ te ontwikkelen die helaas ook de onvermijdelijke gelukszoekers aantrekt.

UNIFORMITEIT EN STANDAARDISERING

RISICO'S VAN MEDISCHE TECHNOLOGIE

Hoogcomplexiteit technologie is niet meer uit de ziekenhuizen weg te denken, maar deze heeft eigen veiligheidsrisico's. Naarmate de technologie geavanceerder wordt, worden systemen steeds ondoorgrondelijker voor de zorgverleners. Zeker bij storingen in de apparatuur schuilt daarin een risico. Ook is van systematiek en standaardisering in bijvoorbeeld alarmsignalen van medische apparatuur nog weinig sprake, in tegenstelling tot de luchtvaart. Dit verhoogt de risico's van het zorgproces. Meer aandacht voor de ‘mens-machine-interactie’ is hier dringend noodzakelijk.⁸

NOG GEEN UNIFORME AANPAK

De impact die het bewustzijn van de menselijke factor bij fouten ('human factor awareness') binnen de luchtvaart en andere domeinen heeft gehad, is vooral te danken geweest aan de uniformiteit van de aanpak, de consensus over standaardisering, de ondersteuning vanuit de kennis- en kundestructuren en de borging van de 'best practice' in bindende regelgeving.

Ondanks toenemende aandacht voor patiëntveiligheid is er van een brede en krachtvolle aanpak binnen de medische wereld nog weinig te bespeuren. Een uniforme aanpak wordt niet vereenvoudigd door veel voorkomende managementstructuren, waarbij men verpleegkundigen, ondersteuners, medisch specialisten en ziekenhuisbesturen op hele andere parameters afrekenet. Ook de belangen van ziekenhuis- en ziektekostenverzekeraars spelen hier een rol.

Men zou de discussie verder op gang kunnen helpen door een multidisciplinaire nationale klankbordgroep op te richten, die als waarde vrije 'trait d'union' tussen zorg, politiek en verzekeraars een rol van betekenis kan vervullen. Deze klankbordgroep zou moeten bestaan uit deskundige vertegenwoordigers uit de verschillende veiligheidsomgevingen, zoals de medische praktijk, de (militaire) luchtvaart, de industrie en niet in de laatste plaats de academische wereld. Daarbij bieden de professionele achtergrond, de ervaring en de netwerken van de

verschillende leden de mogelijkheid om de discussie zo breed mogelijk te voeren.

AANBEVELING

Wij pleiten voor het integreren van de CRM-systematiek in de ziekenhuiswereld, vooral in de acute en intensieve zorg. Naast CRM-training binnen medische en medisch-technische onderwijsprogramma's kunnen vaardigheidstrainingen en simulaties belangrijke hulpmiddelen zijn als effectieve interactie binnen het team een leerdoel wordt. De belangrijke cultuurverandering die daarmee wordt beoogd, kan men het best bestendigen door relatief vroeg in de opleiding uitgebreid aandacht aan deze materie te besteden. Zo kan men de basis leggen voor een structuur waarin effectieve communicatie een vanzelfsprekend onderdeel van de medische zorg is.

Prof.dr. J.G. van der Hoeven reviseerde de brondata.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 11 juni 2009

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2009;153:A563

[➤ Meer op www.ntvg.nl/opinie](http://www.ntvg.nl/opinie)

LITERATUUR

- 1 Lehmann LS, Puopolo AL, Shaykevich S, Brennan TA. Iatrogenic events resulting in intensive care admission: frequency, cause, and disclosure to patients and institutions. *Am J Med.* 2005;118:409-13.
- 2 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system.* Washington: National Academy Press; 1999.
- 3 Wagner C, Zegers M, de Bruijne MC. Patiëntveiligheid: onbedoelde en potentieel vermijdbare schade bij snijdende specialismen. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2009;153:B62.
- 4 Kievits F, van Maanen H. Kosten ziekenhuisfouten becijferd. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2009;153:C90.
- 5 De Mol AJM. Profijt door veiligheid. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2009;153:A257.
- 6 Legemate DA. 'Safety first'. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2009;153:B262.
- 7 Yule S, Flin R, Paterson-Brown S, Maran N. Non-technical skills for surgeons in the operating room. *Surgery.* 2006;139:140-9.
- 8 De Mol BAJM. 'Staat van de gezondheidszorg 2008': techniek helpt, maar eerst komt oefening. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2008;152:2546-7.