

# Editorial

## Hoe zorgen we ervoor dat de inspanningen inzake patiëntveiligheid *blijvend* effect hebben?

Overwegingen en aanbevelingen vanuit de Nederlandse Vereniging voor Veiligheidskunde

### Introductie

In het kader van haar jaarlijkse themarapportage over de staat van de gezondheidszorg in Nederland presenteerde de IGZ op donderdag 26 november 2009 haar rapport. "De vrijblijvendheid voorbij; sturen en toezichthouden op kwaliteit en veiligheid in de zorg". Dit rapport was voor een multidisciplinair platform van de Nederlandse Vereniging voor Veiligheidskunde (NVVK) aanleiding de wijze waarop in Nederland getracht wordt ziekenhuizen veiliger te maken nader te beschouwen, met dit artikel als resultaat.

Het antwoord op de titelvraag kent verschillende aspecten. Door zoveel nadruk te leggen op het 'veilig melden van incidenten' en nog tot 2012 toe te staan dat patiënten in ziekenhuizen worden behandeld zonder de bescherming van een modern veiligheidszorgsysteem, slaat de IGZ de plank mis waar het de veiligheid in de zorg betreft. Het overheidsbeleid kenmerkt zich door een sterk reactieve benadering en mist daardoor het noodzakelijke effect. De gezondheidszorg negeert de basisprincipes van risicomanagement waarmee andere sectoren als industrie en luchtvaart het aantal incidenten tot een minimum weet te beperken. Daarentegen spant het landelijk veiligheidsprogramma VMSZorg zich in om het wiel opnieuw uit te vinden, richt zich op instrumenteel niveau en negeert de 'lessons learned' in andere sectoren. Ziekenhuizen, op hun beurt, zien veiligheidszorg niet als professie, maar als neventaak van kwaliteitsmedewerkers. Kortom, de IGZ doet haar uiterste best, maar is onvoldoende gericht op het structureel verbeteren van bedrijfsprocessen en als minister Klink zijn bezuinigingsplannen doorzet, krijgt de IGZ minder i.p.v. méér middelen en blijft het dweilen met de kraan open.

De auteurs onderschrijven de mening dat er in de afgelopen periode grote stappen zijn gezet in de verbetering van de veiligheid van patiënten in ziekenhuizen. Zij maken zich echter grote zorgen over de autonome wijze waarop dit proces plaatsvindt. Terwijl er veelvuldig wordt verwezen naar de successen die in andere sectoren, zoals de chemische industrie en luchtvaart, worden geboekt, wijkt de zorg op het gebied van patiëntveiligheid op essentiële punten af van de strategie die in deze sectoren wordt gevolgd. Men maakt onvoldoende gebruik van de lessen die door anderen al zijn geleerd. Dit stuk is daarom, behalve een antwoord op de gestelde vraag, een pleidooi tot bezinning en eindigt met enkele aanbevelingen aan de beleidsmakers op het gebied van patiëntveiligheid.

### Veiligheidskunde is een professie

Het initiatief van VWS om de petrochemische industrie te

vragen haar kennis en ervaring op het gebied van het verhogen van de veiligheid met de ziekenhuizen te delen heeft richtinggevend gewerkt. De ziekenhuizen hebben begrepen dat veiligheidsmanagementsystemen (VMS) kunnen bijdragen aan de reductie van incidenten. De ziekenhuizen, de politiek en betrokken departementen hebben de initiële informatie tot zich genomen en zijn al snel een zelfstandige koers gaan varen. De overheid, die zelf ook nog geen ervaring met VMS heeft, stelde eisen aan wat, hoe snel ontwikkeld moest worden en stelde hiervoor geld ter beschikking, in het kader van het programma 'Sneller Beter'. De ziekenhuizen reageerden vervolgens met het instellen van commissies en afdelingen waarin medische disciplines een belangrijke positie innamen. Daarmee werd 'veiligheid' geadopteerd door mensen die zich daarvoor slechts via hun medische bril met het onderwerp hadden bezig gehouden en niet waren opgeleid in een veiligheidskundige discipline: veelal goedwillende amateurs dus.

Al snel werd, analoog aan bestaande ISO-achtige normen voor kwaliteit en arbeidsveiligheid, een NTA (Nederlands Technische Afspraak, één nivo onder een NEN norm) ontwikkeld en de weg naar een systematische aanpak lag open. Ziekenhuizen zochten partnerships met industriële bedrijven naar keuze. Met name de sectoren petrochemie en luchtvaart dienden als voorbeeld om aan te tonen dat processen, waarbij sprake is van hoge veiligheidsrisico's, wel degelijk te 'managen' zijn en niet hoeven te leiden tot schade of persoonlijk letsel. Zo werden Shell, DSM, Akzo, KLM, etc. bij patiëntveiligheid betrokken. Op centraal niveau (IGZ, ZonMw, het VMS programma, etc.) werd al snel een eigen koers gevaren. Voornamelijk naar aanleiding van casuïstiek van incidenten of inspectieresultaten werden prioriteiten gesteld die leidden tot specifieke eisen waar ziekenhuizen in ijlt tempo aan moesten voldoen. De ziekenhuizen deden hun best om aan deze stroom van eisen te voldoen. Van enige koppeling van de geformuleerde eisen met de ontwikkeling van een VMS is geen sprake.

Problematisch in deze is ook het feit dat in veel gevallen de coördinatie van op patiëntveiligheid gerichte activiteiten een neventaak is van reeds bestaande functies. Een deskundigheidseis inzake de functionaris die met de coördinatie van patiëntveiligheid is belast, zoals opgenomen in de Arbeidsomstandighedenwet, heeft de overheid niet gesteld. Opvallend is dat veiligheidscultuur een plaats heeft gekregen in het VMS. Daaruit blijkt dat getracht wordt om dat, wat in andere sectoren waaronder de chemische industrie en de luchtvaart, na elkaar werd geïntroduceerd (éerst structuur en dan pas cultuur) nu in één keer te doen. Op zich een begrijpelijke poging om het verbetertraject sneller uit te voeren dan de andere sectoren hebben gedaan. Wat men

daarmee echter niet respecteert, is de tijd die nodig is om te komen van operationele, incidentele acties via een gedegen, diep in de organisatie ingebodde structuur (VMS) naar een volwassen veiligheidscultuur. Die ontwikkeling impliceert verandering 'tussen de oren' van alle betrokkenen: verpleegkundigen, Raden van Bestuur, medisch specialisten, technici, etc. Daar hebben anderen decennia voor nodig gehad. De trekkers van de nationale patiëntveiligheidskar proberen nu de verbeteringen op operationeel niveau en culturele verandering tegelijkertijd te laten plaatsvinden. De noodzakelijke basis, een geïmplementeerd VMS, ontbreekt echter in veel ziekenhuizen. Onze ervaring leert dat dit tot onoplosbare weerstanden leidt, waardoor culturele verandering onmogelijk wordt gemaakt. Hierdoor leiden de, in technische zin vaak uitstekende, verbeteractiviteiten niet tot geborgde veranderingen in de organisatie, waardoor de investeringen van zowel de ziekenhuizen als overheid niet leiden tot structurele resultaten. Interessante complicatie is hier dat, door het relatief hoge opleidingsniveau en toegestane autonomie van de bij de veranderprocessen betrokken mensen, er een hoge mate van veranderallergie bestaat. Daardoor wordt een operationeel technische verbetering al snel als een aanval op bestaande verworvenheden en dus op de cultuur ervaren. Op het eerste gezicht zou dit pleiten voor de nu gehanteerde simultane aanpak van techniek en cultuur, ware het niet dat het 'Culture follows climate'-concept zich al jaren internationaal bewijst. We kunnen de cultuur niet veranderen; cultuur verandert vanzelf, als gevolg van zorgvuldige verbeteringen in het systeem dat men, in dit geval, ziekenhuis noemt. Ziedaar het probleem!

Als we naar de huidige stand van zaken kijken, vallen drie dingen op:

- De beoogde doelstelling voor de invoering van het VMS is qua tijd in geen enkel ziekenhuis gehaald;
- Daar waar pogingen worden gedaan tot de ontwikkeling van een VMS is voornamelijk sprake van een reactieve benadering, er wordt slechts gestuurd op 'veilig incident melden';
- Het VMS omvat vaak slechts een deel van het verbeterproces, n.l. patiëntveiligheid.

### Is een ziekenhuis een normaal bedrijf?

Veiligheid in ziekenhuizen moet professioneler worden aangepakt. Ziekenhuizen wijken wat opbouw van organisatie en verantwoordelijkheidsstructuur nogal af van traditioneel vormgegeven industriële bedrijven. Echter, in de industrie is er tegenwoordig ook sprake van complexe samenwerkingsverbanden, denk aan de auto-industrie. De verschillen worden graag benadrukt, patiënten zijn geen auto's, en als excuus gebruikt om bepaalde veranderingen, zoals het invoeren van een VMS niet door te voeren. Echter, dit zijn drogredenen. Juist in een ziekenhuis met zijn complexe aansturing van hiërarchie en maatschappen, is het invoeren van een VMS een 'must'! Er is nog een reden om veiligheid in ziekenhuizen professioneler aan te pakken; er is sprake

van externe druk, "de minister zegt dat het mot", en veel minder van een intern gevoelde noodzaak. Van een bottom-up effect is nog weinig te merken. Daarnaast is er ook sprake van een sterke diffundatie van de ernst van de zaak. Er zijn weliswaar minimaal 1700 vermijdbare sterfgevallen per jaar, maar door het slechte zicht op waar die gevallen zich voordoen creëert dat getal in de individuele ziekenhuizen onvoldoende urgentie om actie te ondernemen.

Op één verschil gaan we wat nader in: in een "industriële" omgeving worden alle producten gemaakt in teamverband. Er bestaan geen mensen die stellen dat *zij*, als individu, de benzine van Shell of het staal van Corus hebben gemaakt. Zelfs in innovatieve omgevingen (Apple) wordt het succes van een product (bijv. de I-pod) niet toegeschreven aan de uitvinder alleen. De kwaliteit van een medische behandeling wordt echter vaak expliciet toegeschreven aan het individu handelen van de behandelend medisch specialist (hoofdbehandelaar). Ook al kan deze specialist geen operatie uitvoeren zonder de hulp van het operatieteam en de vele medewerkers die in het pre-operatieve proces een rol spelen; men spreekt over de prestatie van 'de dokter'. Hij bepaalt het behandelingsbeleid, dus hij wordt gezien als de persoon die de patiënt beter maakt. Een dergelijke waardering zal de president-directeur van een groot chemisch concern nimmer ontvangen; hij is wel eindverantwoordelijk voor het beleid, maar wordt door de wereld gezien als leider van een team, waarvan hij, ook al is hij nog zo'n charismatisch leider, in hoge mate afhankelijk is.

Dit onderscheid in positionering van een medisch specialist leidt nogal eens tot de perceptie dat de kwaliteit van een behandeling en dus ook de veiligheid, slechts wordt bepaald door de kwaliteit van de individuele specialist. Patiënten lopen hun onbedoelde schade vaak op tijdens de behandeling. Ook al heeft het ziekenhuis haar zaken niet op orde, bijvoorbeeld bij het werken met onbetrouwbaar functionerende of verouderde apparaten, het is de specialist die de beslissing neemt de behandeling al dan niet met die apparaten uit te voeren.

Bij capaciteitsproblemen in de ziekenhuisorganisatie zal een medisch specialist niet beslissen een behandeling uit te stellen; de nazorg is immers het probleem van de ziekenhuisorganisatie. De specialist bepaalt het medisch beleid en de ziekenhuisorganisatie is daar ondergeschikt aan; zij speelt een faciliterende rol. Van teamwork lijkt hierbij nauwelijks sprake. Onder invloed van het historisch gegroeide, enorme en soms overdreven respect voor medisch specialisten en de, tot zeer recent geringe directe actieve betrokkenheid van de Raden van Bestuur, is sprake van een ongewenste situatie met betrekking tot patiëntveiligheid. In deze setting is het opzetten van een goed geborgd VMS bijna een onhaalbare kaart. Het aanpassen van de organisatiestructuur ligt dan ook voor de hand.

Deze complexiteit van de ziekenhuisorganisatie betreft meer betrokkenen dan louter de bestuurders. Ook de artsen op de werkvloer hebben daarin hun verantwoordelijkheid te nemen. Op dit moment is het bijna 'not done' om medisch specialisten aan te spreken op hun qua veiligheid vaak risikante gedrag; fouten maken mag iedereen, maar *verwijt-*

*baarheid* is een begrip dat veel te gemakkelijk door leken wordt gehanteerd en veelal onterecht. Als wij als samenleving onvoldoende aandacht besteden aan het verwachtingspatroon van jonge specialisten, hen onvoldoende voorbereiden op het werken in een 'Vergissingen Uitlokkende Ziekenhuis-Omgeving', is het veelal niet onredelijk om na een incident de verwijtbaarheid bij anderen te zoeken. Ten aanzien van de verantwoordelijkheid is hier een niet te onderschatten rol weggelegd voor de opleiders. Deze zouden veel meer tijd moeten besteden om medisch specialisten in opleiding te leren hoe belangrijk het is om zowel onderling als met de ziekenhuisorganisatie samen te werken. Door meer aandacht te besteden aan de gecompliceerde organisatorische context waarin jonge artsen hun specialisme moeten gaan praktiseren, zullen zij hun ziekenhuispraktijk met een realistischer beeld van de werkelijkheid kunnen betreden. Ook de benadering van senior medisch specialisten in de maatschappen speelt een essentiële rol waar het de ontwikkeling van jonge specialisten betreft; het gedrag van deze ervaren leermeesters is richtinggevend voor de nieuw intredende dokter. Zoals een junior procesoperator zijn veiligheidshelm niet zal dragen als de ouderen het verkeerde voorbeeld geven, zal een jonge dokter de time-out procedure niet serieus nemen als zijn senior collega's er een loopje mee nemen. De effecten van verkeerd voorbeeldgedrag zijn niet te overzien. Als een maatschap patiëntveiligheid onvoldoende integreert in haar beleid, brengt dat niet alleen de huidige patiënten in gevaar, maar zal dat zijn weerslag hebben op de volgende generatie medisch specialisten en hun patiënten!

### **Het overheidsbeleid**

Bij de verbetering van patiëntveiligheid speelt de overheid een sleutelrol: niet de Orde van Medisch Specialisten, niet andere traditioneel als deskundig betitelde organisaties, veelal uit medische hoek. In weerwil van een beleid waarin men over de terugtrekkende overheid spreekt, zal de IGZ hier het voortouw moeten nemen. Terugtrekken uit een dergelijk complex veranderingsproces is mogelijk wel in lijn met het politieke beleid, maar reduceert in deze prille fase van cultuurverandering het stimulerend vermogen van de IGZ tot het niveau van een slechts controlerende/ toetsende inspectiedienst. Andere bedrijfstakken hebben zich tot het huidige veiligheidsniveau kunnen ontwikkelen met positieve steun van de respectievelijke inspectiediensten. De industrie is geholpen door de Arbeidsinspectie, de mijnbouw vond in het Staatstoezicht op de Mijnen een partner en de Rijksluchtvaartdienst (nu HDL) heeft veel geïnvesteerd in het op het huidige niveau brengen van de vliegveiligheid. Ziekenhuizen mogen van de IGZ een soortgelijke steun verwachten.

Als het de overheid menens is met een gestructureerde aanpak van risico's dan zal zij zelf voldoende expertise op het gebied van veiligheidsmanagementsystemen aan de dag moeten kunnen leggen. Dan kan men beleid ontwikkelen waar de ontwikkelingsfase van ziekenhuizen als basis voor een geproportioneerde benadering wordt gehanteerd. Door

het aantrekken van expertise op het gebied van veiligheidskunde en organisatie-/ veranderkunde en een coöperatieve opstelling ten aanzien van de ziekenhuizen zal de perceptie van de IGZ veranderen van een slechts inspecterende organisatie naar een ondersteunende organisatie die helpt waar dat mogelijk is en ingrijpt waar dat nodig is.

### **Collectieve verantwoordelijkheid**

In de industrie is veel geïnvesteerd om het melden van incidenten, het zoeken naar oorzaken en de schuldvraag uit elkaar te trekken. Dat heeft veel helderheid gebracht en enorm geholpen om de veiligheid te vergroten. We zien nu in de zorg een trend om deze scheiding tussen incident, oorzaak en schuldvraag op te heffen. Dat zal de veiligheid in de zorg niet ten goede komen en wij vinden dan ook dat deze beweging krachtig bestreden moet worden. Er is namelijk niet zoiets als 'fair blame', een door de IGZ gehanteerde term! Het identificeren van individuen die als gevolg van een vergissing of ander fout handelen een incident hebben laten ontstaan, levert geen constructieve bijdrage aan een preventief veiligheidsbeleid. Een incident is niet meer en niet minder dan een onbedoelde verstoring van een bedoeld proces; een symptoom van een falend systeem. Ieder mens kan dat begrijpen, maar als het incident werkelijk heeft plaatsgevonden en er sprake is van onbedoelde schade, geven we al snel toe aan de intuïtieve drang om een individu te veroordelen. Om de één of andere reden kunnen we niet berusten in het gegeven dat incidenten meestal geen individuele schuldigen kennen. Het is veel eerlijker en effectiever om de achterliggende systeem-gerelateerde oorzaken op te sporen en op organisatieniveau verbeteringen aan te brengen. Op grond van algemeen bekende en geaccepteerde theorieën omtrent menselijk falen stellen wij dat 'fouten' nimmer verwijtbaar zijn, tenzij er sprake is van 'opzet of grove nalatigheid'. Het is de organisatie die 'per definitie' eindverantwoordelijk voor is wat er binnen haar territorium gebeurt. Ook in een ziekenhuis! In dit kader is het opvallend en veelzeggend dat in onderzoek van industriële incidenten het de Raden van Bestuur zijn die zich moeten verantwoorden en bij medische incidenten de individuele arts ter verantwoording wordt geroepen.

### **Integraal risicomanagement**

In dit stuk concentreren wij ons op patiëntveiligheid. Een volgende stap zou de integratie van de verschillende veiligheidsaspecten met arbo, milieu en beveiliging kunnen zijn: het Kroonmodel dat bij het UMC St. Radboud in Nijmegen wordt ontwikkeld en in de RIVAS Zorggroep, waar alle disciplines zijn ondergebracht in één afdeling Corporate Control zijn daar goede voorbeelden van. Met deze ontwikkelingen zijn deze instellingen op weg naar integraal risicomanagement. In de verte ligt dan nog de droom van het ziekenhuis als High Reliability Organisation (HRO). Echter zo ver zijn we nog lang niet. De sector beschikt over veel deskundige mensen die veel energie in de verbetering van veiligheid van ziekenhuizen stoppen. De

resultaten van hun waardevolle werk zijn echter nog niet gebundeld in een logische structuur. Daardoor is de kans groot dat de nu gerealiseerde verbeteringen verdwijnen als de mensen die zich aan deze verbeteringen hebben verbonden verdwijnen. Om dat te voorkomen zou het aanbrengen van structuur nu een eerste prioriteit moeten zijn.

## Aanbevelingen

- 1 Leg, waar dat nog niet het geval is, de eindverantwoordelijkheid voor patiëntveiligheid expliciet bij de Raad van Bestuur. Dus net als bij financiën, P&O, etc. krijgt één lid van de Raad van Bestuur patiëntveiligheid in zijn/haar portefeuille.
- 2 Eis een schriftelijk vastgelegd VMS, waarin structurele activiteiten op het gebied van patiëntveiligheid qua inhoud en frequentie zijn vastgelegd en de verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor deze activiteiten ondubbelzinnig zijn gedefinieerd.
- 3 Eis dat ieder ziekenhuis de IGZ een jaaroverzicht geeft, waarin wordt aangegeven of en hoe de geplande activiteiten op het gebied van veiligheid zijn uitgevoerd (of leg uit waarom het niet is gebeurd)..
- 4 Eis dat ieder ziekenhuis een functionaris aanstelt die belast wordt met het beheer van het VMS en met de coördinatie van de daarin opgenomen activiteiten. Deze aanstelling moet in omvang rechtvaardig zijn met de omvang van de organisatie.
- 5 Stel deskundigheidseisen aan personen die met het beheer van het VMS zijn belast.
- 6 Regel dat veiligheid een lijnverantwoordelijkheid wordt. Dus afdelingshoofden krijgen een gedelegeerde verantwoordelijkheid vanuit de RvB. De afdelingshoofden zijn integraal verantwoordelijk en worden, net als op het gebied van financiën, productie, etc. ook 'afgerekend'/beoordeeld op hun veiligheidsprestaties.
- 7 Verhoog het kennisniveau binnen de IGZ ten aanzien van veiligheid-, organisatie- en verandkunde alsook andere kwalitatieve benaderingen die zich met veiligheid en onveiligheid bezighouden.
- 8 Geef daarna de IGZ naast haar inspectietaken een centrale positieve rol bij de ondersteuning van ziekenhuizen bij de ontwikkeling en implementatie van het VMS.
- 9 Oormerk de fondsen die voor de ontwikkeling van een VMS in ziekenhuizen beschikbaar worden gesteld, zodat deze ook werkelijk worden gebruikt voor de ontwikkeling van systemen. Gerichte facilitering met adequate financiering is een MUST.
- 10 Verplicht ziekenhuizen om met overheidsgeld ondersteunde kennisontwikkeling te delen met de gehele sector (onder het adagium: dat wat met publiek geld wordt ontwikkeld moet publiek beschikbaar komen).
- 11 Maak meer gebruik van digitale communicatie over het VMS, bijvoorbeeld door één centrale site als "Kennisplein" op internet te ontwikkelen. Uitgaande van de huidige situatie zou VMS-zorg daar een coördinerende rol in kunnen spelen.
- 12 Ga met de opleiders (artsen, specialisten, verpleegkundi-

gen, medisch technici etc) aan tafel en pas het curriculum van artsopleidingen aan: denk aan competenties (samenwerken, diligence, reflectief vermogen, empathie etc), kennis over veiligheid en vaardigheden! Nu wordt vaak 'op de patiënt' geoefend i.p.v. in het skills-lab.

*Raphaël Gallis, Yolanda de Graaf, Jop Groeneweg, Bertil Lenderink, Jessica Mesman, Harry Molendijk, Victor Roggeveen*

De schrijvers van dit artikel opereren onder de vlag van de NVVK. Zij publiceren als collectief met de naam De zeven dwergen. Raphaël Gallis is veiligheidskundige en Sr. onderzoeker/adviseur bij TNO; Jop Groeneweg is psycholoog en projectleider 'Menselijk Falen' bij de Werkgroep Veiligheid van de Universiteit Leiden; Yolanda de Graaf is Manager Patiëntveiligheid in het Beatrixziekenhuis te Gorinchem; Jessica Mesman is onderzoeker aan de Universiteit van Maastricht op het gebied van wetenschaps- en techniek onderzoek. Haar onderzoeksterrein is patiëntveiligheid op IC's; Bertil Lenderink is ziekenhuisapotheker te Loon op Zand; Harry Molendijk is kinderarts-neonatoloog in de Isalaklinieken te Zwolle en oprichter van Centrum Patiëntveiligheid Isala; Victor Roggeveen is veiligheidskundige en bestuurslid van de Nederlandse Vereniging voor Veiligheidskunde.