

Verbeteren van patiëntveiligheid

Dagelijks lopen tientallen patiënten in Nederlandse ziekenhuizen iatrogen letsel op (veroorzaakt door medische handelingen) en komen potentieel vijf mensen te overlijden als gevolg van fouten in een zorgproces dat juist als doel had hen te helpen.¹ Hoewel er toenemend aandacht is voor het belang van patiëntveiligheid, is het effect van verbetermaatregelen internationaal tot nu toe veelal teleurstellend.² De druk op Nederlandse bestuurders neemt toe om de kwaliteit en veiligheid binnen hun zorginstelling aantoonbaar te verbeteren. In dit artikel tonen we aan waarom leiding geven aan het verbeteren van patiëntveiligheid zo moeilijk is en bieden we handvatten om hiermee om te gaan.

Door: I. Leistikow en H. de Bruijn

Uit onderzoek dat wij eind 2010 publiceerden komen vier kenmerken van het thema patiëntveiligheid naar voren die het moeilijk maken om verbeteringen te realiseren: lage zichtbaarheid, ambiguïteit, variëteit en het feit dat het probleem is ingebed in de kern van het professioneel handelen.³

De vier kenmerken van patiëntveiligheid

Lage zichtbaarheid

Onveiligheid en de gevolgen hiervan zijn in veel sectoren duidelijk zichtbaar. Men hoeft geen luchtvaartdeskundige te zijn om te zien dat er iets niet klopt met een vliegtuig dat in een weiland ligt. In de zorg is dit vaak anders. Neem een patiënt op de Intensive Care (IC). Aan zijn uiterlijk, noch aan zijn fysiologische parameters, is te zien of deze patiënt op de IC ligt om te herstellen van een goed verlopen operatie of vanwege een fout in het zorgpro-

ces. De lage zichtbaarheid van het probleem maakt het moeilijk om een gevoel van urgentie te creëren voor patiëntveiligheid.

Ambiguïteit

Zelfs wanneer onveiligheid zichtbaar is in de zorg, zijn oorzaak- en gevolgrelaties vaak ambigu. Als een patiënt een postoperatieve wondinfectie (POWI) oploopt, is het ten eerste de vraag of dit niet valt binnen het te verwachten percentage POWI's voor de ingreep die de patiënt heeft ondergaan. Als dat niet het geval is, is het vrijwel onmogelijk om hard te maken wat de oorzaak van de POWI was. Was het een onjuiste toediening van antibiotica, een te vaak openen van deuren van de operatiekamer (OK), te veel mensen op de OK, onvoldoende hygiëne van OK-personeel of iets anders? Deze ambiguïteit maakt het moeilijk hard te maken dat een specifieke maatregel de patiëntveiligheid zal verbeteren. Hierdoor is het draagvlak voor veel veiligheidsinterventies kwetsbaar.

Variëteit

Het derde kenmerk dat sturen op patiëntveiligheid bemoeilijkt, is de hoge mate van variëteit van het probleem. Bijna alles wat we binnen de zorg doen kan een effect hebben op de patiëntveiligheid: van communicatie (misverstanden, bereikbaarheid) tot medicatie (interacties, bijwerkingen), van de temperatuur van het kraanwater (verbranden, legionella) tot het type verlichting (kleurherkenning, alertheid personeel). Het gevolg hiervan is dat men moedeloos kan worden: waar moet je in vredesnaam beginnen? Ook kan het leiden tot taaie discussies tussen bestuur en professionals, of professionals onderling, over welke van de vele potentiële interventies de voorkeur heeft.

Patiëntveiligheid, de rol van de bestuurder



Ian Leistikow

ELSEVIER Gezondheidszorg

Kern professioneel handelen

Als het lukt om onveiligheid zichtbaar te krijgen, om met de ambiguïteit om te gaan en om focus aan te brengen, zal men tegen het vierde kenmerk aanlopen: het probleem is ingebed in de kern van het professioneel handelen. Uiteindelijk is het de verpleegkundige, de arts, de apotheker die, veelal 'hands on', vormgeeft aan veiligheid. Dit is enerzijds goed omdat deze beroepsgroepen hoogopgeleid en sterk intrinsiek gemotiveerd zijn, maar er kleven ook nadelen aan. Een aantal inherente kenmerken van professionals staat veiligheid in de weg, zoals het principe dat de ene professional niet snel de ander zal wijzen op onveilig gedrag, zelfs als dit evident is. Denk aan de recente voorbeelden van langdurig disfunctionerende medisch specialisten. Ook de hiërarchische verhoudingen binnen bijvoorbeeld de opleidingssituatie maken het eenvoudig voor evidente onveiligheid om onbesproken te blijven. Als veiligheidsinterventies hier geen rekening mee houden (bijvoorbeeld door te stellen dat artsen incidenten moeten melden, zonder handvatten te bieden hoe dit kan binnen bestaande professionele mores) is de kans klein dat ze succesvol en duurzaam zullen zijn.

Hoe hiermee om te gaan

Een manier om hier als bestuurder mee om te gaan is om de focus te verleggen van de inhoud van patiëntveiligheidsverbetering naar de wijze waarop deze verbetering tot stand komt.

Neem als voorbeeld de preoperatieve checklist. In plaats van het opleggen van een bestaande checklist, zou de bestuurder kunnen organiseren dat de professionals hun eigen methode ontwikkelen om voorafgaand aan een operationele ingreep te controleren of alles in orde is. Dit vergt een specifieke wijze van aansturen waarin de juiste mensen in de juiste omstandigheden worden gebracht om tot een probleefinitie en een oplossing te komen.⁴ Uit ons onderzoek naar het patiëntveiligheidsbeleid in het UMC Utrecht in de periode 2004-2007 is naar voren gekomen dat deze wijze van aansturen kan leiden tot een continu en duurzaam verbeterproces waaruit een groot aantal veiligheidsverbeteringen voortkomt die vertrouwenwekkend en acceptabel zijn voor professionals, managers, bestuurders en patiënten. In de literatuur wordt gesproken over een procesbenadering van verandering – niet de inhoud van de maatregelen die tot meer patiëntveiligheid leiden staat voorop, maar het proces waar deze maatregelen uit voortkomen.

Om deze wijze van aansturing succesvol te laten zijn, moet een proces aan zes voorwaarden voldoen:

1. het moet voor alle relevante betrokkenen mogelijk zijn om inhoud te leveren en invloed te hebben op de uitkomst;
2. het moet veilig zijn om deel te nemen;
3. er moet voldoende druk zijn om vaart in het proces te houden;
4. er moet voldoende expertise betrokken worden en de uitkomst moet inhoudelijk verdedigbaar zijn;
5. het onderwerp moet de professional voldoende aanspreken om hem tot deelname te verleiden;
6. het proces moet logistiek en organisatorisch ondersteund worden zodat de professionals zich op de inhoud kunnen focussen.

Deze zes voorwaarden zijn aan elkaar gerelateerd. Iedere voorwaarde leidt tot een risico dat door de volgende voorwaarde wordt bestreden. Openheid waardoor iedereen de kans heeft om inbreng te geven, kan leiden tot een onveilig gevoel bij de deelnemers, bijvoorbeeld als zij van mening zijn dat de resultaten niet bijdragen aan meer patiëntveiligheid. Veiligheid betekent dan, bijvoorbeeld, dat alleen die resultaten worden ingevoerd waarover consensus is. De voorwaarden voor deze veiligheid brengen echter met zich mee dat het proces vrijblijvend kan worden. Om dat te voorkomen moet de bestuurder druk organiseren om vaart in het proces te krijgen en te houden. Dit kan bijvoorbeeld door gezagheb-

bende bemensing van het proces te organiseren, waardoor deelnemers intrinsiek gemotiveerd zijn om elkaars tijd niet te verdoen. Te veel vaart kan echter leiden tot onzinnige uitkomsten omdat bijvoorbeeld relevante informatie niet meegewogen is bij de besluitvorming. Daarom moet de bestuurder erop letten dat de uitkomst van het proces wel inhoudelijk te verdedigen is. Een puur rationeel proces kan bloedeloos zijn en de professionals onvoldoende interesseren. Om professionals intrinsiek te motiveren tot deelname zal het onderwerp moeten aansluiten op hun professionele waarde. Tot slot kan van professionals maar een beperkte tijdsinvestering worden verwacht en moet er dus goede ondersteuning zijn zodat hun deelname zo min mogelijk ten koste gaat van hun primaire taken.

Uit empirische bevindingen van het UMC Utrecht is gebleken dat dit een effectieve wijze kan zijn om leiding te geven aan het verbeteren van de patiëntveiligheid. Hierbij moet de kanttekening worden geplaatst dat het niet mogelijk was om aan te tonen dat de patiëntveiligheid daadwerkelijk was verbeterd. Wel zijn er in twee jaar tijd 120 maatregelen ingevoerd waarvan professionals, managers en patiënten meenden dat zij de veiligheid zouden verbeteren. Diverse multidisciplinaire teams hebben zich ingezet om incidenten met SIRE te analyseren en proactief zorgprocessen te analyseren middels SAFER. Daarnaast is gemeten dat professionals hun inzet als zinvol hebben ervaren en is het aantal MIP-meldingen in vijf jaar met 400% toegenomen (een stijging die nog steeds doorzet). De wijze van aansturing door het bestuur heeft ertoe geleid dat de vier genoemde kenmerken van patiëntveiligheid minder problematisch zijn geworden: de zichtbaarheid van onveiligheid is toegenomen, er zijn manieren gevonden om met de ambiguïteit en variëteit om te gaan en de professionele autonomie bleef gerespecteerd.

Bij deze wijze van aansturing speelt de bestuurder zelf een essentiële rol. Hij of zij moet:

- genoemde omstandigheden scheppen waardoor processen kunnen opstarten;
- de processen bewaken;
- de uitkomsten van processen beoordelen;
- geaccepteerde uitkomsten bekrachtigen en inbedden in de organisatie.

Als het bestuur op deze manier leiding geeft aan het verbeteren van de patiëntveiligheid, leveren de zorgprofessionals de inhoudelijke kennis terwijl het bestuur steeds beter invulling kan geven aan zijn eindverantwoordelijkheid voor het verbeteren van de patiëntveiligheid.

Noten

- 1 EMGO instituut/NIVEL, *Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004*. EMGO/NIVEL, 2007.
- 2 Landrigan C.P., Parry, G.J., Bones, C.B., Hackbarth, A.D., Goldmann, D.A. en P.J. Sharek, Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care, *The New England Journal of Medicine*, 2010 Nov 25, 363, 22, 2124-2134.
- 3 Leistikow, I.P., *Patiëntveiligheid, de rol van de bestuurder*. Elsevier Gezondheidszorg, Amsterdam, 2010.
- 4 De Bruijn, H., Ten Heuvelhof, E. en R. in 't Veld, *Procesmanagement. Over procesontwerp en besluitvorming*. 3e druk, Academic Service, Den Haag, 2008.

Voor verdere verdieping, zie: *Patiëntveiligheid, de rol van de bestuurder*. Elsevier Gezondheidszorg. Dit proefschrift is verkrijgbaar in de boekhandel.

Informatie over de auteurs

Dr. Ian Leistikow is arts en senior inspecteur bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze publicatie is gebaseerd op zijn werk bij het UMC Utrecht. ip.leistikow@igz.nl

Prof.dr. Hans de Bruijn is hoogleraar bestuurskunde aan de Technische Universiteit Delft. j.a.debruijn@tudelft.nl

zorgmarkt

Nog geen abonnement op de gratis e-mailnieuwsbrief?



Abonneer u dan nu en ontvang iedere dinsdag en donderdag:

- actualiteiten over ondernemen in de zorg
- aankondiging van nieuwe, online dossierartikelen
- interessante vacatures en meer

Ga naar:
www.zorgmarkt.net/nieuwsbrief