

HET NIEUWE VEILIGHEIDSDENKEN IN DE ZORG

Leren van dingen die goed gaan

De gezondheidszorg is gebaat bij een nieuwe manier om naar patiëntveiligheid te kijken. In plaats van reageren op ongewenste gebeurtenissen moeten zorgprofessionals vooral bedenken waarom dingen meestal goed gaan. De mens is in het nieuwe veiligheidsdenken niet het probleem maar de oplossing.

Patiëntveiligheid staat hoog op de agenda van iedereen die in de gezondheidszorg werkt en is door velen beschreven. Wij belichten het vanuit de opleiding en de modernisering daarvan. De huidige focus van patiëntveiligheid ligt vooral op het opsporen en registreren van ongewenste gebeurtenissen en uitkomsten of 'fouten'. Maar het meten van ongewenste gebeurtenissen en uitkomsten (incidenten, complicaties, overlijden in het ziekenhuis) is reactief, omdat het is gebaseerd op iets dat of verkeerd is gegaan of zou kunnen gaan.¹ Deze reactieve of klassieke veiligheidsbenadering gaat ervan uit dat de kans op herhaling van het falen kleiner wordt als je de oorzaak aanpakt. Deze oorzaak-en-gevolg relatie is van toepassing op relatief eenvoudige situaties en in systemen die zich voorspelbaar gedragen. In dat denken wordt er tevens van uitgegaan dat apparatuur en andere *hardware* betrouwbaar zijn of betrouwbaar te maken zijn. Mensen (de professionals) zijn vanwege hun feilbaarheid de zwakke schakel en dus verantwoordelijk voor het falen. En zo wordt bijvoorbeeld de prestatievariatie van

mensen gezien als een bedreiging voor de veiligheid. Echter, de gezondheidszorg is niet een eenvoudig en voorspelbaar systeem. Het is zeer complex door het uitbreidende diagnostische en therapeutische arsenaal. Dit vereist goede afstemming en dus een goede samenwerking en onderlinge communicatie van professionals. Daarnaast geschiedt de zorg, die dagelijks door professionals en hun leerlingen (zoals aiossen) wordt verleend, in een complexe omgeving waarin tegenstrijdige belangen spelen, de middelen beperkt zijn en waar wordt gewerkt onder een steeds aanwezige tijdsdruk. Dit maakt dat specialisten, aiossen, verpleegkundigen en andere zorgverleners continu bezig zijn zich aan te passen aan veranderende situaties, wat veel inzet en veerkracht van de professionals vraagt. In

We moeten proberen te verzekeren dat iets goed gaat

het moderne veiligheidsdenken van complexe systemen of organisaties wordt daarom de transitie gemaakt van 'voorkomen dat iets verkeerd gaat' naar 'proberen te verzekeren dat het goed gaat'. Het gaat dus primair om het vermogen om te presteren onder variërende omstandigheden, zodat de bedoelde en acceptabele uitkomsten zo hoog mogelijk zijn.¹ Dit denken verwerpt de klassieke gedachte dat het systeem betrouwbaar is en de mensen het risico vormen. Het systeem werkt omdat de mensen in staat zijn zich aan te passen aan veranderende omstandigheden en de juiste maatregelen nemen. De mens is dus niet het probleem, maar de oplossing!

Beschuldigingen voorkomen

Als wij de gezondheidszorg beter en veiliger willen maken zullen we dus een cultuur moeten ontwikkelen waarbij we kijken wat teams succesvol maakt, óf en hoe ze continu willen leren van gewenste en ongewenste gebeurtenissen en uitkomsten. Bij ongewenste gebeurtenissen moet niet de beschuldiging vooropstaan maar het leeraspect. Daarbij zijn de gebruikelijke lineaire analysemethoden ongeschikt; deze houden in hun oorzaak-en-gevolg denken onvoldoende rekening met de complexiteit van de zorgverlening en zijn onvoldoende in staat om te kijken naar alle zaken die van invloed kunnen zijn geweest op de ontstane situatie. Er wordt een gang van zaken geconstrueerd door terug te kijken, met als gevolg 'hindsight'-bias, de bekende wijsheid achteraf.²



HOLLANDSE HOOGTE

In de analyse en beoordeling van probleemsituaties in een complexe omgeving moet daarentegen zorgvuldig rekening worden gehouden met de kennis en inschatting van het moment en de omstandigheden waaronder de ongewenste gebeurtenis is ontstaan. Immers, een besluit is goed of fout op het moment dat het genomen wordt. Als het ware moet je bij het kijken waarom iets verkeerd is gegaan, meelopen met de betrokkenen en zo een zo goed mogelijke reconstructie maken. Daarnaast moet je zien te voorkomen dat er een beschuldiging wordt geuit en moet je de betrokkenen begeleiden in hun rouwproces. De primaire reactie na een ongewenste gebeurtenis zal zijn om een verantwoordelijke of schuldige aan te wijzen; die wordt aan-

gepakt, waardoor het probleem zich (hopelijk) niet meer voor zal doen. Deze voorstelbare, maar contraproductieve reactie moet onderdrukt worden. Want iets wat niet goed is gegaan of verkeerd wordt gedaan, leidt primair al tot schaamte en gevoel van falen bij de betrokkene. Bovendien leidt het aanwijzen van een zondebok niet alleen tot verder toenemende stress bij de betrokkene zelf, maar het gehele behandelteam zal minder bereid zijn om ongewenste gebeurtenissen te rapporteren en openlijk te bespreken.

Verantwoordelijkheid

Zijn we als professionals in zo'n systeem dan niet meer verantwoordelijk voor ons falen? Wel degelijk, maar de veiligheid en

kwaliteit wordt alleen bevorderd als er een juiste balans wordt gevonden tussen het afleggen van verantwoordelijkheid en het leren van ongewenste gebeurtenissen. Voor het afleggen van verantwoordelijkheid is essentieel dat binnen de organisatie het voor iedereen duidelijk is waar de grens ligt tussen goed en fout handelen. In de ideale situatie is die grens helder en niet voor meerdere uitleg vatbaar. Maar dat is helaas lang niet altijd zo, omdat de grens wordt bepaald door hoe men oordeelt over zaken als: goed klinisch handelen, goed professioneel gedrag, de normale standaard, wat nalatigheid is en wat weloverwogen handelen inhoudt. Dit zijn geen exacte domeinen, maar ze vinden hun oorsprong in de normen en waarden van de professionals als groep. Deze waar-

den en normen zijn op zich weer onlosmakelijk verbonden aan die van de zorginstelling en de maatschappij. In ziekenhuizen en professionele teams moet een discussie op gang komen wie die grens stelt en hoe beoordeeld wordt of die grens is overschreden. Het mag duidelijk zijn dat zij die elke dag werken in de complexiteit van de zorg, deel moeten uitmaken van die groep die de grenzen stelt en bewaakt.

Lerende cultuur

Om de patiëntveiligheid werkelijk te verhogen hebben we dus een lerende cultuur nodig waarbij zowel wenselijke uitkomsten als ongewenste gebeurtenissen en uitkomsten worden gebruikt om te verbeteren en het succes van het team te vergroten. Dit vergt van ons dat wij het identificeren en bespreken van verbeterpunten een structurele plaats geven in ons dagelijks werk. Bij teambriefings en -debriefings (voor en na operaties) en andere activiteiten zou de checklist als middel moeten worden gebruikt en niet als doel.³ Meer praktisch gezien zou de bespreking in een briefing eerst zonder checklist moeten gebeuren, waarna de checklist gebruikt wordt waar die voor bedoeld is: is alles besproken of hebben we nog iets over het hoofd gezien? Bij overdracht van zorg kan het expliciet creëren van verhoogd bewustzijn op risico's helpen om de kans op verliezen van informatie bij overdrachten te verminderen. Een ander voorbeeld van een bijdrage aan de lerende cultuur zijn de teambesprekingen over gewenste en ongewenste uitkomsten. Er is de complicatiebespreking waar getracht wordt om te leren van een ongewenste gebeurtenis. Maar in deze teambesprekingen moet ook aandacht zijn voor het besef waarom het meestal goed gaat, waarbij de veerkracht die de teamleden hebben getoond in probleemsituaties als voorbeeld wordt gesteld. Om het leren buiten het operationele team te verbreden kan gedacht worden aan ziekenhuisbrede besprekingen. Complicatiebesprekingen worden nu vooral nog gevoerd in de medische vakgroep of maatschap. Uitbreiding met ver-

PRAKTIJKPERIKEL

ECHTE LIEFDE

Een jongeman die ik goed ken, bezoekt mijn spreekuur in verband met buikklachten.

Op mijn vraag of er nog andere problemen zijn meldt hij dat hij zich zorgen maakt over zijn nieuwe vriendin, die nu voor de derde keer in korte tijd een blaasontsteking heeft. 'Wat zou dat toch kunnen zijn, dokter?'

Ik antwoord dat bij jonge vrouwen herhaalde blaasontstekingen nogal eens samenhangen met seksuele activiteit en dat aangeraden wordt na het vrijen altijd te gaan plassen. Als er dan desondanks blaasontstekingen op blijven treden dan kan het helpen om telkens ná het vrijen uit voorzorg een antibioticiumpil te nemen.

Hij denkt er even over na en vraagt dan met een wat betrokken gezicht: 'Maar kan dat geen kwaad dokter, als je zoveel pillen moet slikken?'

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

pleegkundigen en andere specialismen kan een verdieping van het begrip en leersaamheid vergroten. Dit vraagt structureel tijd en energie en zal deels ten koste gaan van 'productie', immers analyse, terugkoppeling en bespreking van gebeurtenissen met het doel om beter te worden, gaan niet even 'tussendoor', of 'na zessen'. Prestaties (en dus ook veiligheid) worden continu onder druk gezet door financiële overwegingen (meer doen met mindere middelen), conflicterende belangen en druk op de werktijden van medewerkers.⁴ Professionals en bestuurders moeten gezamenlijk waakzaam zijn dat die druk binnen acceptabele grenzen blijft.

Alle spelers in de zorg zullen moeten accepteren dat werken aan patiëntveiligheid een integraal onderdeel is van de werkdag van elke zorgprofessional. De professionals zijn verantwoordelijk voor de inhoud, het hiernaar inrichten van zorgprocessen en ook op transparante wijze afleggen van verantwoording naar de maatschappij. Aan de zorginstellin-

gen, ziektekostenverzekeraars en overheid de opdracht om een lerend klimaat te stimuleren, en vooral de professionals het vertrouwen te gunnen dat zij dit ook kunnen waarmaken. Met dit doel voor ogen leent patiëntveiligheid zich bij uitstek als domein om de ontwikkeling van algemene competenties bij aiossen te volgen en te stimuleren, om het uiteindelijk een integraal onderdeel van het werken als medisch specialist te laten zijn. ■

contact

j.f.hamming@lumc.nl

cc: redactie@medischcontact.nl

Auteurs hebben dit artikel geschreven vanuit hun rol in de projectgroep Patiëntveiligheid van het CanBetter-project.

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp en de referenties vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.