



Prof. dr. Jan Klein (foto: Levien Willemse)

‘Ziekenhuizen kunnen nog veel leren van de luchtvaart’

Prof. dr. Jan Klein over de moeizame ontwikkeling van patiëntveiligheid

Ziekenhuizen zijn complexe organisaties en zeer gevoelig voor systeemongelukken in het zorgproces. Gaat er wat mis, dan is de patiënt de dupe. Op het gebied van samenwerking in teams en heldere protocollen over patiëntveiligheid ligt nog een terrein braak, stelt Jan Klein, anesthesioloog en sinds eind 2010 hoogleraar patiëntveiligheid aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. “De explosie aan nieuwe medische kennis van de afgelopen twintig jaar vond plaats in een systeem dat niet in staat is om risico’s op te vangen.”

Onlangs op de voorpagina’s: in een ziekenhuis vlak over de grens, in Antwerpen, zijn twee scharen van 16 centimeter verwijderd uit de onderbuik van een 50-jarige man. De scharen waren daar blijven zitten na een darmoperatie eind 2008. De man klaagde voortdurend over hevige buikpijn. Pas na een jaar besloot het ziekenhuis toch maar eens een röntgenfoto te maken - met de opzienbarende vondst van de scharen tot gevolg. Dat de blunder van de Belgische chirurg, die geen sanctie kreeg en gewoon in dienst kon blijven, ook in Nederland kan gebeuren, acht de Rotterdamse anesthesioloog en kersverse hoogleraar patiëntveiligheid Jan Klein alleszins aanwezig.

“Na een ingreep moeten in de operatiekamer alle instrumenten worden nageteld. Daar is een procedure voor. Als de medisch specialist of het hoofd OK daar nonchalant mee omspringt, zich niet verantwoordelijk voelt, kun je ellende krijgen. Veiligheid zit in een klein hoekje en is nog een betrekkelijk jong thema in de ziekenhuiszorg. In een gemiddelde ziekenhuisorganisatie zijn er veel van dit soort potentieel onveilige hoekjes die nog niet overzien, geregistreerd of gecoördineerd worden.”

De medische wetenschap heeft de afgelopen twintig jaar geweldige sprongen voorwaarts gemaakt. Nieuwe technologie, nieuwe medicijnen en therapieën, meer en beter getrainde

organisaties. De explosie aan nieuwe kennis, specialisaties en technologie maken de zorg dus niet automatisch veiliger. Ziekenhuisorganisaties hebben deze innovaties in hun implementatie niet goed kunnen opvangen. Patiënten en verzekeraars betalen hiervoor een hoge prijs.”

Veiligheid is volgens Klein de ‘bodem van kwaliteit en betrouwbaarheid’, maar de kans om bij een verkeers- of vliegtuigongeluk of een explosie om te komen, is vele malen kleiner dan door zorg in het ziekenhuis. Mankeert er wat aan de effectiviteit van het veiligheidsmanagementsysteem (VMS) dat ziekenhuizen verplicht moeten hebben? Het VMS vormt immers het systeem waarmee ziekenhuizen continue risico’s signaleren, verbeteringen doorvoeren en beleid vastleggen en aanpassen. Het is daarmee de verankering van patiëntveiligheid in de praktijk.

Verbetercirkel

“Belangrijk onderdeel van het VMS,” zegt Jan Klein, “is een *blame me*-report, een goede meldingsprocedure en analyse van incidenten, zodanig dat er ook consequenties uit voortvloeien en het systeem verbeterd wordt. Die verbetercirkel wordt bijna nooit rondgemaakt. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hanteert kwaliteitsindicatoren. Maar

Meer procedures, protocollen en richtlijnen kunnen het veiligheidsbewustzijn verhogen, maar teamwork blijft de crux

behandelaars. Toch krijgt jaarlijks circa 6 procent, ofwel 30.000 van de in Nederlandse ziekenhuizen opgenomen patiënten, te maken met onbedoelde schade. En dan zijn er nog de sterfgevallen. In 2008 overleden in onze ziekenhuizen 1960 mensen – 200 meer dan volgens een telling in 2004 – als gevolg van fouten die men had kunnen vermijden. Bloedingen, wondinfecties en perforaties zijn vaak de oorzaak van vermijdbare schade. Met deze cijfers over ‘zorggerelateerde schade’ steekt Nederland overigens nog redelijk gunstig af vergeleken met het buitenland.

Groot contrast

Worden protocollen niet gevolgd? Is geneeskunde soms het managen van extreme complexiteit? Dat kun je wel zeggen, beaamt Jan Klein, die spreekt van een ‘groot contrast tussen successen van biomedisch onderzoek en het haperen van de uitvoering van zorg.’

Klein: “Nieuwe kennis en medicijnen hebben natuurlijk gezondheidswinst opgeleverd. Maar patiënten met complexe aandoeningen zien uiteindelijk ook een groot aantal behandelaars, vaak verspreid over verschillende afdelingen en

als die niet gedragen worden door artsen en ander personeel dat er niet mee vertrouwd is gemaakt en er evenmin op afgerekend wordt, stelt zo’n VMS weinig voor. In de zorg vinden we paradoxaal genoeg vooral financiële management-systemen belangrijk.”

Artsen, verpleegkundigen en andere professionals proberen al tientallen jaren, stelt Klein vast, met behulp van potlood en papier, geheugen en sinds kort ook met ict, gecombineerd met erg hard werken, de zorg voor patiënten veiliger te maken. “Maar,” zegt hij, “het kan ook anders, want neem bijvoorbeeld een piloot. Hem wordt in zijn opleiding voorgehouden dat hij feilbaar is, dat hij absoluut zeker fouten gaat

In minder dan 50 woorden

- Veel sterfgevallen en blijvende letselschade in ziekenhuizen zijn te vermijden.
- Artsen en andere professionals weten te weinig van de risico’s bij hun handelen.
- Er wordt slecht samengewerkt in teams en bij overdrachtsmomenten.
- Patiëntveiligheid moet structureel aandacht krijgen in scholing en bij leiderschap.

maken. Daar wordt hij met simulaties op voorbereid, zodat hij weet hoe te corrigeren, te voorkomen. Op vliegdekschepen heeft personeel dat hiërarchisch in een lagere rangorde zit, toch de bevoegdheid om in te grijpen als de piloot in de fout dreigt te gaan. Een arts krijg er ingeramd dat wanneer hij maar ontzettend zijn best doet, hij ook geen fouten maakt. Omdat we in het dagelijks werk echter wel geconfronteerd worden met onze feilbaarheid, moeten we onszelf wel overschatten.”

Pathologische fase

De ontwikkeling van nieuwe therapieën gaat volgens Klein vaak gepaard met grote risico's voor de patiëntveiligheid. Zo'n tien jaar geleden moest en zou iedere zichzelf respecterende chirurg een kijkoperatie uitvoeren. “Zo'n operatie was toen een nieuwigheid, die het medische beroep naar een hoger niveau tilde. Iedere dokter ging opnieuw het wiel uitvinden, met dramatische consequenties. Doordat uit onervarenheid een te groot bloedvat werd aangeprikt, zijn nogal wat patiënten overleden. De IGZ heeft toen ingegrepen.” Incidenten met dodelijke afloop in ziekenhuizen en klinieken, al dan niet gecombineerd met pogingen om de zaak in de doofpot te stoppen, zoals gebeurde bij een ziekenhuis in Enschede, leidden in voorbije jaren tot een golf aan publiciteit en tot imagoschade. “Artsen zijn daardoor van hun voetstuk gevallen, maar patiëntveiligheid is wel hoger op de agenda gekomen”, zegt Klein. “Er zijn veel verbeterinitiatieven door ziekenhuizen en zorgverleners ontwikkeld. De IGZ verplichtte ziekenhuizen om een vracht nieuwe indicatoren over hun manier van werken aan te leveren. Inmiddels moet een ziekenhuis meer dan 500 indicatoren aanleveren. Een tsunami. Maar het zijn vooral indicatoren die vertellen over hoe iets gedaan is, maar niets over hoe de veiligheid in de toekomst gegarandeerd wordt. Dit betekent dat je met de

Jan Klein

Prof. dr. Jan Klein (1956) is bijzonder hoogleraar Veiligheid in de Zorg bij het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Klein heeft als anesthesioloog gepraktiseerd in zowel perifere als academische ziekenhuizen en is momenteel werkzaam in het Maasstad Ziekenhuis Rotterdam. Ook is hij lid van de kerngroep Kenniscentrum Patiëntveiligheid van het Erasmus MC. Klein is hoofd geweest en hoogleraar/opleider van de afdeling Anesthesiologie van het Erasmus MC. Klein was tot mei 2010 voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. Verder was hij betrokken bij het inspectieonderzoek naar de problemen op de afdeling hartchirurgie van het Radboud Ziekenhuis.

klassieke uitdrukking ‘operatie geslaagd, patiënt overleden’ nog steeds een goed rapportcijfer kunt halen.”

Vijf stadia van veiligheidscultuur

Klein onderscheidt vijf stadia in de veiligheidscultuur van een organisatie. In het eerste pathologische stadium is veiligheid niet belangrijk. Als er iets gebeurt, hoopt men niet gepakt te worden en gaat men gewoon door. In het tweede reactieve stadium komen organisaties na een incident in beweging. In het derde berekende stadium werken organisaties aan verbetering van systemen en procedures. In het vierde proactieve stadium zit veiligheid al tussen de oren. In de vijfde fase is veiligheid een vanzelfsprekend geïntegreerd onderdeel van hoe mensen werken, de ideale situatie.

“De zorg wil ons soms doen geloven dat we in het laatste stadium zijn aanbeland, net als de procesindustrie”, constateert Jan Klein. “Maar in de praktijk zitten we nog in de eerste fase of de tweede reactieve fase. Daar komen we maar moeilijk uit. Het zijn fases waarin het ook weinig nut heeft om incidentenanalyses toe te passen. Immers, de echte behoefte om te leren ontbreekt. Daarbij is de bereidheid om fouten te melden erg klein. Niemand wil als klokkenluider weggezet worden. Complexe problemen op het gebied van veiligheid worden opgelost door een arts of verpleegkundige weg te sturen.”

Gemotiveerde mensen

Veiligheid moet in een cultuur ingebakken zitten, concludeert Klein. Hij noemt de luchtvaart en petrochemie als voorbeeld waar ziekenhuisdirecties en medische staven zich aan kunnen spiegelen. De luchtvaart en de petrochemie hanteren het uitgangspunt dat ongelukken voortkomen uit ‘systeemfouten’ in organisaties. Een aaneenschakeling van kleine, vaak nauwelijks acuut voelbare of zichtbare onvolkomenheden, misverstanden of incidenten kan fatale gevolgen hebben. Sinds de vliegcrash van Tenerife (1977) weten we volgens Klein dat gebrekkige samenwerking en gezagvoerders die routineus signalen van ondergeschikten negeren, dramatisch kan uitpakken.

“Datzelfde patroon van kleinere en grotere foutjes, van het onverwacht gelijktijdig samenlopen van meerdere dingen voltrekt zich ook in ziekenhuizen. Voorbeelden zijn onderbemanning, vermoeidheid, hoge werkdruk, slechte communicatie, niet adequate supervisie, onnodige afleiding. Gebrek aan teamwork is een van de grootste bedreigingen. En dan is er nog de technologie. Een OK of een Intensive Care zijn afdelingen met veel losse delen apparatuur, dus niet geïntegreerd, zoals in een cockpit van een vliegtuig. Daarmee lokt het gebruik van apparatuur fouten uit.” Het verschil met een bedrijf als Shell of de luchtvaart is

volgens Klein dat men dáár uit ervaring heeft geleerd dat een systeem op gebied van veiligheid en kwaliteit niet functioneert zonder een cultuur van getrainde en gemotiveerde mensen.

“Je klimt bij dit type bedrijven of branches als bestuurder ook niet naar de top wanneer je niet eerder in het lijnmanagement ervaring met veiligheid hebt opgedaan. In de zorg zie je juist het omgekeerde. Binnen de meeste Raden van Bestuur worden mensen benoemd die zelden of nooit iets met veiligheid gehad hebben en doorgaans ook loyaal zijn aan de medisch specialisten, die het op de werkvloer voor het zeggen hebben. En wanneer een arts zich met veiligheid als hoofdthema gaat bemoeien, is dat vaak op het eind van zijn carrière. Voor een arts is veiligheid bepaald geen statusverhogende activiteit.”

Zwakkere broeders

Niet-artsen met expertise op het gebied van veiligheid en kwaliteit, zoals kwaliteitsmanagers, zijn per definitie verdacht. “Dat zijn de zogeheten zwakkere broeders, ongeschikt aan de medische staf. Terwijl de taak van de kwaliteits- en veiligheidsmanager met zijn talenten juist opgewaardeerd zou moeten worden. Hij dient in het denken over risicovermindering gelijkwaardig te zijn aan de medisch specialist of de bestuurder.” Het systeem aanpakken en de veiligheid rond de patiënt betrouwbaarder organiseren en structureren is vaak effectiever dan het veranderen van het handelen van afzonderlijke professionals. Klinkt mooi, maar daarvoor heb je wel interesse nodig van medici voor het uitvoeringsproces. Klein: “Zo nieuwsgierig als artsen zijn naar ziektes, zo weinig interesse hebben ze voor het uitvoeringsproces. Dat wordt door artsen niet als wetenschappelijk terrein gezien. En omdat artsen weinig weten van veiligheid, zijn ze geneigd om complexe veiligheidsproblemen te reduceren tot simpele technische problemen. Het gevolg is dat artsen kansen laten liggen om iets te doen in de bestaande modderigheid van de feitelijke uitvoering van de zorg.”

In zijn oratie ‘Tussen de modder van de praktijk en de schone wetenschap’ legt Klein uit wat hij met ‘modderigheid’ bedoelt: haperende techniek, falende ICT, niet goed uitvoerbare voorschriften, een infrastructuur die vergissingen uitlokt. Teamwork komt onvoldoende tot zijn recht door de voortdurende wisseling in samenstelling van het team professionals dat bij een patiënt betrokken is. Daardoor kunnen makkelijk fouten ontstaan bij overdrachtsmomenten.

Communicatie en teamwork

Aan de hand van een voorbeeld, zoals de incheck in een ziekenhuis, schetst Klein een factor van onveiligheid,

Minder sterfte door checklist SURPASS

De sterfte rondom operaties in Nederland daalt met de helft als artsen en verpleegkundigen gebruik maken van een nieuwe uitgebreide checklist. Dat zegt het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam over zijn nieuwe werkwijze SURPASS. De meeste missers in de zorg worden begaan in en rondom een operatie buiten de operatiekamer. Met de checklist SURPASS (SURgical PATiënt Safety System), ontworpen door onderzoeksleider dr. Marja Boermeester, zijn alle controles in kaart gebracht die moeten zijn uitgevoerd voor de operatie, tijdens en na de ingreep en voor het ontslag uit het ziekenhuis. De checklist is ontwikkeld naar analogie van de lucht- en ruimtevaart en gebaseerd op internationale data over fouten en complicaties in de chirurgie. Het AMC voerde een studie in zes ziekenhuizen uit waarbij gegevens zijn verzameld van 4000 patiënten. Eerst bij operaties gedurende drie maanden vóór de invoering van de chirurgische checklist en nogmaals drie maanden na invoering van de checklist. In de oude situatie overleed ongeveer 1,5 procent van de geopereerde patiënten. Na het gebruik van SURPASS daalde dat naar 0,7 procent. Het aantal complicaties verminderde met ruim een derde van 27,3 naar 16,7 procent. Bij de uitvoering van de SURPASS-checklist moeten alle bij de behandeling betrokken disciplines zaken controleren voordat de patiënt naar de volgende fase van de behandeling kan. Deze overdrachtsmomenten waren al bekend. Nu is beter omschreven wat er dan moet gebeuren. Veertig ziekenhuizen in Nederland hebben interesse voor de checklist.

veroorzaakt door miscommunicatie als gevolg van organisatiestructuren.

“Bij een aandoening ga je naar een polikliniek, waar je een arts-assistent ziet die een diagnose stelt, wat al een risico in zich heeft. Vervolgens wordt iets geregistreerd, maar vaak is dan niet sprake van eenduidige registratie in één dossier. De chirurg heeft een ander dossier dan de anesthesioloog, deels papier, deels elektronisch. Dan komt de patiënt voor de operatie en is het maar de vraag of alle juiste info bij elkaar gekomen is.”

“Ook bij de beslissing of de anesthesioloog de patiënt moet laten stoppen met het innemen van bloedverdunners omdat anders de operatie niet uitgevoerd kan worden, ontstaan risico's. Want zonder verdunners loopt de patiënt het risico op een beroerte, bijvoorbeeld kort na de operatie. Voor het maken van de afweging stoppen/of niet stoppen bestaat een protocol. De vertaling ervan naar de praktijk, het op één lijn zitten met de chirurg is ontzettend moeilijk. Daar gaat veel in mis.”

Meer procedures, protocollen en richtlijnen kunnen het veiligheidsbewustzijn verhogen, maar teamwork blijft de crux, stelt Klein. “In veel ziekenhuizen functioneren medici en verpleegkundigen nog te weinig als een geolied team. Van nature is de chirurg hoofd in de OK, maar vaak is hij niet de goede teamplayer en communicator, die niet kan accepteren dat andere teamleden ook inbreng moeten hebben. Artsen reageren helaas nog steeds schizofreen als het gaat om elkaar kritisch aanspreken. Verder kan vooral in academische ziekenhuizen standaardisatie van het behandelproces fouten en werkstress voorkomen. In deze ziekenhuizen is namelijk veel weerstand tegen standaardisatie. Het zou belemmerend zijn voor zaken als innovatie en continu leren.”

Besmet middel

Iedere professional in de zorg is volgens Klein om efficiency- of machtspolitieke redenen werkzaam in een ‘silo’ of eigen afdeling, wat de informatie-uitwisseling met andere betrokken professionals over hun handelen niet bevordert. Als anesthesioloog bij het Haven Ziekenhuis in Rotterdam was Klein eind 2008 deelgenoot van een ramp die zich op zijn afdeling voltrok toen zeven patiënten ernstig ziek werden na toediening van een besmet narcosemiddel. Dat het om een vervuild middel ging (wat bloedvergiftiging veroorzaakte, maar iedereen overleefde), werd echter puur bij toeval ontdekt omdat de ziekste patiënt terug moest naar de OK voor een heroperatie, wat de dienstdoende anesthesioloog op de OK aan het denken zette. “Hoe graag,” blikt Jan Klein op die pijnlijke gebeurtenis terug, “had ik destijds toezicht van bovenaf gehad om ons er op te wijzen dat wij op onverantwoord routineuze wijze met een besmet middel werkten.”

Checklijsten ondersteunen de discipline die nodig is voor veilige zorg. Het AMC in Amsterdam zegt een verrassend goed werkende checklist, SURPASS geheten (zie kader pag 15) te hebben ontwikkeld, die nu ook in andere ziekenhuizen wordt ingevoerd. “Belangrijk is wel,” merkt Klein op, “dat je deze lijst niet een-op-een overneemt, maar vertaalt naar de lokale situatie. Niet ieder ziekenhuis heeft dezelfde specialismen en voert dezelfde operaties uit. Voordat je tot invoering besluit, spreek je een checklist eerst uitvoerig door met de werkvloer, want daar moeten de inbreng en het draagvlak vandaan komen. Zo kun je de checklist ook afnemen, zoals in het ziekenhuis van Dordrecht gebeurt, op het moment dat de patiënt na de operatie uit de slaap wakker wordt. Dan kan hij of zij zelf ook nog meeluisteren. Zelf spreek ik overigens liever, al heb ik die term geleend van een collega uit Groningen, niet van een afvinklijst maar van een vonklijst. Daarin zit het idee van creativiteit, van continu letten op verbeteren verankerd. Er is binnen zulke lijsten ook altijd genoeg ruimte voor een eigen klinisch oordeel.”

Veiligheidsleiderschap

Klein adviseert zorgorganisaties ook om over te stappen op de vorming van multidisciplinaire teams voor specifieke patiëntenstromen. “Dat kan veel miscommunicatie en onduidelijkheid over dossiers en aandoeningen de kop indrukken. Iedere afdeling zijn eigen bolwerk: daar moeten we mee stoppen.”

Jan Klein pleit ook voor meer aandacht voor leiderschap bij ziekenhuisdirecties om een veilige zorg tot stand te brengen, alsmede voor een scholing in masterprogramma’s in leiderschap van artsen en managers.

“Nu wordt scholing nog vaak even in een weekendje gedaan. Dat kan echt niet meer.” Klein richt zich ook op het verankeren van veiligheid in onderwijsprogramma’s in het Erasmus MC. “Het is een uitdaging om bij studenten en bij professionals met meerdaagse cursussen betrokkenheid bij dit nieuwe vakgebied te kweken. En in mijn eigen ziekenhuis, het Maasstad Ziekenhuis, kom ik nu ook een groep chirurgen tegen die sterk bij veiligheid betrokken is. Door schade en schande wijzer geworden, dat wel.”

Ideaal zou volgens Jan Klein zijn als een ziekenhuis de ambitie voor meer patiëntveiligheid in handen legt van wat hij noemt ‘een door drie mensen gedeeld veiligheidsleiderschap’. “In zo’n team zit een gerenommeerd zorgverlener, een medicus bijvoorbeeld, met daarnaast een verandermanager, een *change agent*, en als derde persoon iemand met een objectieve blik en met leiderschapstalent. Zo’n drie-eenheid kan doorbraken veroorzaken, maar moet zich wel vierkant gesteund voelen door de raad van bestuur. Ook kwaliteitsmanagers van afdelingen zullen zonnodig bereid moeten zijn bevoegdheden af te staan aan zo’n driemanschap. In je eentje moet je niet aan veiligheid gaan trekken. Vaak zie je dat een verandermanager alleen op pad gaat, maar in de organisatie geïsoleerd raakt en daar op afgerekend wordt.”

Veerkracht

Ook ‘veerkracht van organisaties’ is nodig om patiëntveiligheid te verbeteren. Klein: “Een betrouwbare organisatie is in eerste instantie te beschouwen als een organisatie waarin geen sprake is van afwijkingen. Een veerkrachtige organisatie heeft medewerkers die kunnen improviseren en in staat zijn om adequaat te reageren op snel veranderende omstandigheden. Zodat ze de gevolgen hiervan voor de veiligheid snel doorzien en beheersen. In plaats van te kijken naar de één op tig keer dat het mis gaat, leert een veerkrachtige organisatie vooral van zijn successen. Want die zijn er ook heel veel.”

Auteur

Loek Kusiak is freelance journalist.