

# De Paradox van innovatie en specialisatie

prof.dr. C. Wagner - VU Medisch Centrum

Patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid



vrije Universiteit amsterdam





**Patientveiligheid**  
**De Paradox van innovatie en specialisatie**

*prof.dr. Cordula Wagner*

*Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar  
Patiëntveiligheid in de gezondheidszorg aan de faculteit der geneeskunde van  
de Vrije Universiteit Amsterdam/VU Medisch Centrum op 25 mei 2010.*



Omslagontwerp en druk:  
Huisdrukkerij Vrije Universiteit Amsterdam  
Opmaak: Herma van den Brink

ISBN 9789461220295

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

© Cordula Wagner, NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Mijnheer de Rector, dames en heren,

Heeft u weleens risico's genomen?

Veiligheid in ons dagelijks leven en in de zorg kent veel paradoxen. Wij hebben als burger grote behoefte aan veiligheid, maar nemen aan de andere kant veel risico's door bijvoorbeeld te hard te rijden, gevaarlijke hobby's uit te oefenen of een ongezonde levensstijl aan te hangen. We accepteren blijkbaar deze risico's en de verhoogde kans op ongelukken.

Ongelukken horen bij het leven, net als het maken van fouten. [iedereen kent de uitspraak: 'van fouten leert men'.] Als wij ook in de zorg accepteren dat het maken van fouten net zo onvermijdelijk is als het optreden van ongelukken, hoeven wij niet primair op zoek naar een schuldige, maar kunnen wij veel meer nadenken over hoe wij de systemen om ons heen zo veilig mogelijk kunnen maken. Ziekenhuizen zijn complexe organisaties waar verbazingwekkende behandelingen worden uitgevoerd, maar ook daar geldt: het is mensenwerk dat plaats vindt in onvolkomen systemen. De vraag is: hoe kunnen wij de systemen veiliger maken en professionals helpen hun werk zo goed mogelijk te doen.

In mijn rede zal ik betogen dat patiëntveiligheid gebaat is bij meer samenwerking in teams, een op de patiënt gericht verantwoordelijkheidsgevoel en een sterk risicobewustzijn van zorgverleners. Ik zal het vooral hebben over ziekenhuizen omdat ik daar op dit moment de meeste aandacht aan geef. Andere sectoren zullen in de toekomst volgen.

## **Verwachtingen**

Velen van u, zullen waarschijnlijk net als ik, ervan uitgaan dat innovatie en specialisatie positieve ontwikkelingen zijn die helpen de kwaliteit en veiligheid van de zorg te verbeteren. In de afgelopen decennia zijn er veel innovaties geweest en is het aantal specialismen sterk gegroeid. Desondanks krijgt ongeveer 6% van de in het ziekenhuis opgenomen

patiënten te maken met onbedoelde schade, waarvan een deel achteraf bezien mogelijk te voorkomen was geweest. Innovaties en specialisaties maken de zorg dus niet automatisch veilig voor patiënten, maar brengen juist ook nieuwe risico's met zich mee zoals de minimaal invasieve chirurgie en robotchirurgie.

Verwacht u 100% veiligheid van een ziekenhuis? Is er in de luchtvaart 100% veiligheid? Het antwoord is nee, maar de kans om bij een vliegtuigongeluk of in het verkeer om het leven te komen is beduidend kleiner dan door de zorg in het ziekenhuis. Een ander groot verschil is dat in de luchtvaart al dertig jaar systematisch gewerkt wordt aan het verbeteren van de vliegveiligheid. In de gezondheidszorg zijn pas de laatste jaren sectorbrede stappen ondernomen.

Vroeger zag de zorg er heel anders uit dan anno 2010. De mogelijkheden van artsen en ziekenhuizen zijn enorm toegenomen. We kennen experts voor de meeste aandoeningen en ziektes, er zijn uiteenlopende technologische mogelijkheden die de diagnostiek en behandeling ondersteunen, met als positief gevolg dat steeds meer mensen ook op steeds hogere leeftijd een trauma of ziekte overleven, en veelal weer hersteld het ziekenhuis kunnen verlaten. Dat is winst die wij goed voor ogen moeten houden als wij nu naar de keerzijde van deze ontwikkelingen gaan kijken.

## **Patiëntveiligheid: definitie en afbakening**

Bij patiëntveiligheid gaat het om het voorkómen van zorggerelateerde schade aan de patiënt. U kunt hierbij denken aan bloedingen, perforaties, wondinfecties, of allergische reacties. Vermijdbare schade ontstaat doordat de professionele standaard onvoldoende wordt gevolgd, taken verkeerd worden uitgevoerd, of zorgverleners niet goed samenwerken. De schade aan de patiënt kan zodanig ernstig zijn dat er sprake is van een tijdelijke of permanente beperking, een verlengd verblijf in het ziekenhuis of van

voortijdig overlijden.

Patiëntveiligheid bestaat als beleidsthema pas een aantal jaren. In de Kwaliteitswet zorginstelling uit 1996, wordt bijvoorbeeld nog niet over patiëntveiligheid gesproken. Ondertussen is dat veranderd en wordt patiëntveiligheid beschouwd als een van de aspecten van kwaliteit van zorg. Verantwoorde zorg is doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht. Patiëntveiligheid is de ondergrens van verantwoorde zorg.

## **Hoe vaak komt het voor?**

Tot 2007 was voor Nederland niet bekend hoe vaak zorggerelateerde schade voorkomt en wat de mogelijke oorzaken ervan zijn. De landelijke dossierstudie van mijn onderzoeksgroep heeft hierin verandering gebracht. Op initiatief van de Orde van Medisch Specialisten en gefinancierd door VWS is een uitgebreide nulmeting verricht. 8000 patiëntendossiers zijn door een groot team van ervaren verpleegkundigen en artsen beoordeeld. De resultaten lieten zien dat van de 1,3 miljoen in het ziekenhuis opgenomen patiënten circa 76.000 te maken kreeg met zorggerelateerde schade. Van deze zorggerelateerde schade had waarschijnlijk 40% voorkómen kunnen worden. Vergeleken met het buitenland doet Nederland het relatief goed, maar het kan zeker nog beter. Dit geldt te meer voor de circa 1700 potentieel vermijdbare sterfgevallen. Geen enkele patiënt mag door tekortkomingen in de zorg overlijden.

Werken in het ziekenhuis betekent geconfronteerd worden met pijn, leed en verdriet van mensen. De dood maakt daar regelmatig deel vanuit. Dit leidt tot een soort acceptatie die ook nodig is om het werk niet te zwaar te laten worden. Bovengenoemde cijfers lijken voor zorgverleners in dat licht misschien gering, maar zijn dat natuurlijk niet voor de getroffen en.

Zorggerelateerde schade kost daarnaast ook veel geld. Elke opname met vermijdbare schade kost circa 5600 euro extra door de langere ligduur en de extra verrichtingen. Bij elkaar opgeteld gaat het om circa 167 miljoen

euro per jaar. Dat zouden 1200 extra verpleegkundigen en 550 extra artsen kunnen zijn.

U vraagt zich misschien af hoe het mogelijk is dat er dingen mis gaan ondanks zo veel moderne technologie en hoog opgeleide professionals.

## **Oorzaken van incidenten en zorggerelateerde schade**

Veiligheidstheorieën gaan ervan uit dat mensen altijd fouten en vergissingen zullen maken, en dat het beter is om het systeem waarin mensen werken zodanig aan te passen dat mogelijke vergissingen worden voorkomen of op tijd worden onderkend. Voor de helderheid wil ik een onderscheid maken tussen het individu, het team, de ziekenhuisorganisatie en het gezondheidszorgsysteem.

Op het eerste gezicht ontstaat de meeste zorggerelateerde schade door menselijke fouten. Denkt u bijvoorbeeld aan:

- een afspraak die over het hoofd wordt gezien;
- medicatie die niet nogmaals gecontroleerd wordt;
- lab resultaten die niet of verkeerd worden ingevoerd;
- een signaal in het medicatiesysteem dat genegeerd wordt;
- een dagcurve niet aangevraagd wordt.

Als u deze waslijst aan vergissingen ziet, denkt u misschien dat diegene die deze vergissing overkomt vast erg onervaren of niet gemotiveerd is.....

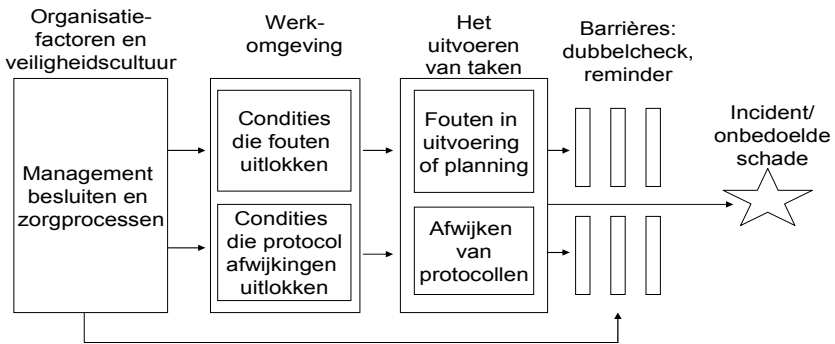
Fout!! Deze vergissingen komen ook bij de meest ervaren en gespecialiseerde artsen en verpleegkundigen voor.

Een nadere analyse laat vaak zien dat de oorzaak niet zozeer bij één individu ligt, maar meer het gevolg is van onvoldoende communicatie en samenwerking, een niet goed ingericht zorgproces of onverwachte situaties. Zorgverleners in ziekenhuizen zijn in hun handelen afhankelijk van het werk van anderen, er is veelal sprake van een keten van handelingen die tegelijk of direct achter elkaar moeten worden uitgevoerd.



Deze nauwe koppeling maakt dat vergissingen aan het begin van de keten lang doorwerken in het proces. Achter de vergissing van het individu liggen vaak latent aanwezige tekorten in het zorgsysteem. Systematisch onderzoek naar oorzaken van incidenten vraagt dan ook om verder te kijken dan alleen naar het handelen van de individuele zorgverleners. De samenhang van actieve en latente tekorten is op deze figuur te zien.

**Figuur 1: Het ontstaan van een incident of onbedoelde schade**



In figuur 1 ziet u het bekende ongevallen-oorzaken-model van James Reason. Het model begint aan de linker kant met organisatiefactoren, managementbeslissingen spelen hier een rol. De organisatiefactoren zijn van invloed op de context van een afdeling die vervolgens van invloed is op het handelen van zorgverleners in de dagelijkse praktijk. Hier kunnen condities aanwezig zijn die fouten en vergissingen uitlokken. In veel zorgprocessen zijn reeds barrières ingebouwd, vangnetten die bij vergissingen moeten voorkomen dat patiënten schade oplopen. U kunt hierbij denken aan de dubbelcheck bij het instellen van een infuus, het geneesmiddelen voorschrijfsysteem dat interacties signaleert van voorgeschreven geneesmiddelen, of het nabespreken van röntgenfoto's met de radioloog. Pas als deze vangnetten falen, is het mogelijk dat de

patiënt wordt bereikt en er schade optreedt.

De volgende casus over een verdwenen patiënt kan de onderlinge samenhang beter illustreren.

**Casus: De verdwenen patiënt**

- Een patiënt was rond 19.00 uur niet op zijn kamer. Aangezien het bezoekuur was, is er aangenomen dat de patiënt met het bezoek mee was naar het restaurant. Na het bezoekuur kwam de patiënt niet terug. Volgens protocol is de meldkamer, familie en de politie ingelicht. Rond 21.00 uur belde de echtgenote dat haar man thuis was aangekomen. De patiënt is weer naar het ziekenhuis gebracht.
- Het betrof een verwarde patiënt die voor het eerst die dag uit de onrustband was. Hij verbleef op de speciale toezichtplek.
- Er was niet afgesproken welke verpleegkundige specifiek op de aanwezigheid van de patiënt zou letten. Tevens was er niet gecontroleerd hoe het was met de verwardheid van de patiënt. Dit wordt normaalgesproken wel gedaan maar door drukte deze keer niet.
- De afdeling was zodanig ingericht dat het lastig is patiënten in de gaten te houden; normaliter worden verwarde patiënten niet op deze afdeling geplaatst, maar elders was geen plek meer.
- Er was personeelstekort (4 avonddiensten in plaats van 5) door bezuinigingen

Deze casus laat zien dat eerdere managementbeslissingen bijgedragen hebben aan het ontstaan van het incident. Door bezuinigingen waren er nog maar 4 zorgverleners aanwezig in plaats van 5. De inrichting van de afdeling maakte het voor zorgverleners lastig om vanaf de balie goed toezicht te houden. Door onduidelijke afspraken voelde geen van de zorgverleners zich expliciet verantwoordelijk voor deze patiënt. Als men ten slotte niet vergeten was de verwardheid van de patiënt te controleren, was

deze misschien opgemerkt en was er mogelijk anders gehandeld. Hoe zou dit incident in de toekomst voorkomen kunnen worden?

## Het individu

Misschien zou u uw medewerkers willen trainen zodat zij beter gaan opletten. Ik denk niet dat dat kansrijk is. Het menselijk geheugen, onze waarneming en ons begrip van de situatie laten ons regelmatig in de steek. Zorgverleners zijn weliswaar uitgebreid getraind, maar de cognitieve psychologie laat zien dat er grenzen zijn aan het trainen van de menselijke hersenen.

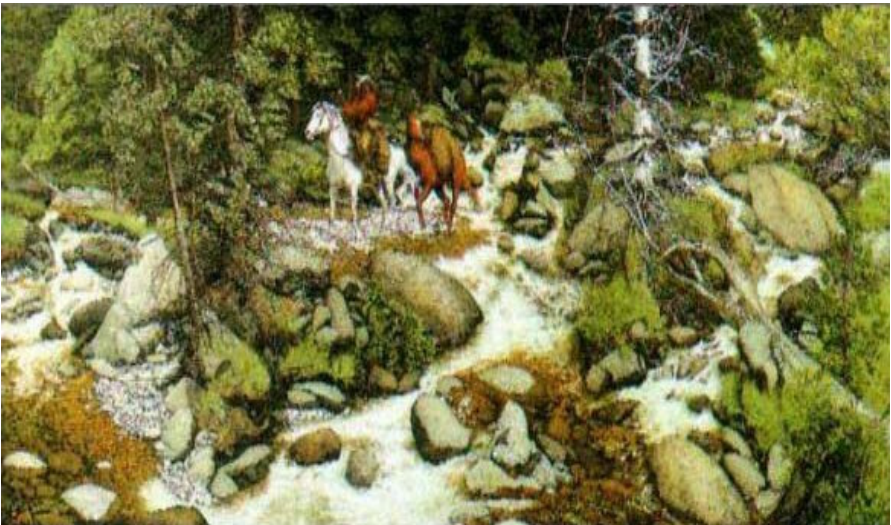
Mensen kunnen gemiddeld maar 7 items in het korte termijngeheugen onthouden. Een deel van deze items wordt na enkele seconden alweer vergeten omdat er nieuwe informatie bijkomt. Toch wordt er in de zorg nog een sterk beroep gedaan op het geheugen van medewerkers. Tijdens de weekeindoverdracht bijvoorbeeld worden in een hoog tempo patiënten mondeling overgedragen. Het schriftelijk overdragen en standaardiseren van informatie biedt veel meer garanties voor een volledige overdracht. Maar te veel routines en gewoontes brengen ook risico's met zich mee, zoals het volgende voorbeeld laat zien.

U rijdt 's avonds van uw werk naar huis en bent van plan om onderweg nog een liter melk te gaan kopen. Uiteindelijk komt u thuis aan en realiseert u zich dat u de melk helemaal bent vergeten. Als we eerlijk zijn, is ons iets vergelijkbaars allemaal wel eens overkomen.

Vaak gebruiken wij in ons dagelijks leven geautomatiseerd gedrag. We hebben de weg naar huis al zo vaak genomen dat wij er niet meer bewust bij stil staan, maar als het ware op de 'automatische piloot' rijden.

Andere vergissingen treden juist op bij nieuwe of afwijkende situaties waarin bewust beslissingen moeten worden genomen. Een voorbeeld is het bedienen van een nieuw apparaat of het toepassen van een nieuwe operatietechniek waarmee men minder vertrouwd is.

Naast het geheugen, speelt de waarneming van mensen een rol. Mensen kunnen, ook al kijken zij naar hetzelfde, toch verschillende dingen zien. Kijkt u eens naar de foto:



Ik zie eerst paarden, en dan pas gezichten. Hoeveel gezichten ziet u op de foto? Misschien ziet u, net als ik, tien gezichten op de foto. Maar misschien ook wel minder omdat u de foto voor het eerst ziet. In ieder geval verschilt de waarneming van mensen en dat kan van invloed zijn op besluitvorming en handelen.

Onze waarneming speelt een grote rol bij de zeer belangrijke klinische blik van artsen en verpleegkundigen. Technologische innovaties binnen de anesthesie, intensive care of de snijdende specialismen maken het

mogelijk veel informatie over de staat van een patiënt tegelijkertijd te krijgen, maar maken het daarmee ook moeilijker om de relevante informatie van de minder relevante te scheiden. Situational awareness, het bewust zijn van de situatie om je heen is uiterst belangrijk voor het nemen van beslissingen tijdens een behandeling. Als het om veiligheid gaat, kunnen we ook spreken van een sterk risicobewustzijn dat nodig is om in moeilijke situaties te anticiperen en de juiste beslissingen te nemen.

Het is belangrijk dat zorgverleners deze menselijke beperkingen onderkennen en niet beweren dat zij beter zijn dan anderen. Het niet willen onderkennen van je eigen beperkingen leidt tot zelfoverschatting en onnodige risico's voor patiënten. Een aantal verhalen van specialisten uit het boek "Dit nooit meer" illustreert dit.

## **Specialisatie en samenwerking: het team**

Als we naar de samenwerking in teams kijken spelen specialisatie en communicatie een belangrijke rol.

Verschuivingen in werkzaamheden van beroepen vinden voortdurend plaats, net als het opdelen van taken tussen zorgverleners. Hierdoor wordt de noodzaak tot onderlinge afstemming veel groter. Globaal zien wij drie veranderingen in de arbeidsverdeling. Ten eerste taakspecialisatie, medisch specialisten leggen zich steeds meer toe op één aandachtsgebied. Ten tweede taakverbreding, waarbij steeds meer belang wordt gehecht aan managementparticipatie van medisch specialisten. Ten slotte taaksubstitutie door de opkomst van nieuwe beroepen. Een voorbeeld is de Nurse Practitioner. Deze verschuivingen maken de organisatie complexer en de onderlinge relaties ingewikkelder.

De zorg wordt door steeds meer verschillende professionals geleverd, die veelvuldig patiënteninformatie aan elkaar over moeten dragen, elkaar regelmatig niet goed kennen en frequent van team wisselen. Teamleden hebben verschillende achtergronden, en uiteenlopende opleidingen en training gevolgd. Verpleegkundigen hebben bijvoorbeeld geleerd te

beschrijven wat zij aan een patiënt zien, terwijl artsen geleerd hebben problemen op te lossen en in staccato de hoofdlijnen te benoemen.

Uit buitenlandse studies en verschillende onderzoeken van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is gebleken dat suboptimale communicatie tussen zorgverleners een van de meest belangrijke factoren is die bijdragen aan het ontstaan van zorggerelateerde schade. Suboptimale communicatie komt twee keer zo vaak voor als onvoldoende klinische vaardigheden. Onze eigen studie naar oorzaken van incidenten in Nederlandse ziekenhuizen liet zien dat circa 25% van alle incident meldingen te maken had met coördinatie en communicatie.

De bestaande hiërarchie onder zorgverleners in ziekenhuizen leidt ook tot verhoogde risico's. Alhoewel een zekere hiërarchie helpt om het werk goed te organiseren en helderheid over verantwoordelijkheden te scheppen, kan het ook een averechts effect hebben. Verpleegkundigen durven dan hun zorgen over een patiënt niet te melden, arts-assistenten stellen het consulteren van hun supervisor uit, en een supervisor luistert niet echt naar de twijfels van een minder ervaren stafid. Om spanningen in de communicatie uit de weg te gaan, werken zorgverleners om het probleem heen, lossen mogelijk het directe probleem op, maar sluimerende tekorten in het systeem worden niet opgelost en kunnen voor jaren voortbestaan.

Voorbeelden hiervan hebben wij gezien bij de cardiochirurgie in Nijmegen en met de neuroloog in Twente. Disfunctionerende zorgverleners kunnen in alle ziekenhuizen voorkomen, maar hoe snel en adequaat hierop gehandeld wordt door de beroepsgroep en de raad van bestuur kan een ziekenhuis positief onderscheiden.

## **Werkomstandigheden: de organisatie**

De organisatie waarin teams werken kan belemmerend zijn voor het goed uitvoeren van taken. De omstandigheden waaronder zorgverleners moeten werken, zijn lang niet altijd optimaal. Er is vaak grote tijdsdruk, meerdere

patiënten die tegelijk aandacht behoeven, onvoldoende personeel, ontbrekende materialen, en onvoldoende scholing bij nieuwe apparatuur. Dankzij de inzet van zorgverleners gaan gelukkig de meeste dingen goed. Hier ligt een taak voor het management tot aan de raad van bestuur om risicoverhogende werkomstandigheden niet te laten bestaan.

## **Systeemongelukken**

Individuele zorgverleners, teams en de ziekenhuisorganisatie vormen samen het zorgsysteem. Binnen zo'n complex systeem zullen, ongeacht de mate van beveiliging, zo nu en dan systeemongelukken plaatsvinden door een reeks van onverwachte interacties.

Voorbeelden van systeemongelukken uit andere sectoren zijn het ongeluk met de kernreactor van Tsjernobyl, het vliegtuigongeluk van Tenerife, of zeer recent, het ongeluk van Turkish Airlines bij de A9 bij Amsterdam.

Systeemongelukken hebben te maken met de onderlinge afhankelijkheid van activiteiten van individuen en processen. Systeemongelukken kenmerken zich door een kettingreactie van kleine incidenten.

Ik wil u een voorbeeld geven uit het dagelijks leven dat Charles Perrow in zijn boek 'Normal accidents' beschrijft. Op een gewone maandag ochtend staat u op. U heeft de dag vrijgenomen van uw werk omdat u een belangrijk sollicitatie gesprek heeft. Uw vrouw is reeds de deur uit, maar is vergeten het koffiezetapparaat uit te doen. De resterende koffie is opgedroogd en de glazen koffiepot is gesprongen. Zonder koffie bent u in de ochtend echter niets waard, dus u zoekt in alle keukenkasten naar alternatieven om koffie te maken. U moet wachten totdat het water kookt en de koffie is doorgelopen. U kijkt zorgelijk op uw horloge en rent, nadat u haastig de koffie heeft gedronken, de deur uit. Bij uw auto merkt u dat u alle sleutels op tafel heeft laten liggen. Gelukkig heeft u voor dit soort noodgevallen een tweede huissleutel onder een bloempot verstopt. Dan herinnert u zich dat u net deze sleutel de avond ervoor aan een vriend

heeft gegeven die in de loop van de dag boeken uit uw woning zou komen ophalen. De tijd tikt ondertussen door. U denkt aan uw buurman, een aardige oude man met auto. U belt aan en vraagt of u zijn auto zou mogen lenen, maar helaas staat de auto voor een kleine reparatie bij de garage. Dan maar de bus denkt u. Maar uw buurman heeft net het nieuws gehoord, de buschauffeurs staken voor veiligere bussen en hogere lonen. U belt met de telefoon van uw buurman de taxicentrale, maar er is geen enkele taxi meer te krijgen. Er zit niets anders op dan het sollicitatiegesprek te verzetten.

Wat is in uw ogen de oorzaak van deze ongelukkige uitkomst?

- *Is het menselijk falen?* Het koffiezetapparaat is immers niet uitgedaan en de sleutel is op tafel blijven liggen.
- *Technisch falen?* De auto van de buurman stond voor reparatie bij de garage.
- *De omgeving?* De staking van de buschauffeurs.
- *De maatschappij?* Omdat er geen reserve taxi's zijn bij stakingen.

Als u alle vragen met 'nee' beantwoordt, ben ik het met u eens. Alle factoren zijn afzonderlijk triviaal, maar gezamenlijk hebben zij bijgedragen aan de uitkomst. Vergelijkbare interacties zien wij ook bij ongelukken in ziekenhuizen. De vraag is hoe de opeenvolging van elkaar beïnvloedende kleine procesafwijkingen op tijd gestopt kan worden.

Het zal in ieder geval niet mogelijk zijn om voor elke handeling een controlemoment in te lassen, noch is het zinvol om voor elk denkbaar probleem een procedure of checklist te bedenken, of zorgverleners aan te sporen beter op te letten.

## **Hoe kunnen we de patiëntveiligheid verbeteren?**

In de afgelopen jaren hebben ziekenhuizen en zorgverleners al heel veel activiteiten ontwikkeld om de patiëntveiligheid te verbeteren. Denkt u



bijvoorbeeld aan de invoering van het veilig of decentraal incident melden. Teams dicht bij de werkvloer analyseren incidenten om tekorten in het zorgproces op het spoor te komen. Verder is er in 2008 het veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' opgestart. Nagenoeg alle ziekenhuizen hebben zich hierbij ondertussen aangesloten. Zij werken aan het invoeren van een veiligheidsmanagement systeem (VMS) en aan het verbeteren op tien inhoudelijke thema's. Maar ook naast dit veiligheidsprogramma zijn ziekenhuizen actief met het geven van gerichte bij- en nascholing en extra aandacht voor het onderhoud van apparatuur. De hele sector is ongelooflijk in beweging en gedreven om verbeteringen te bereiken. De grote vraag is of het genoeg is en of het zal werken?

Als ik eerlijk ben is mijn antwoord "Nee". "Nee, het zal niet genoeg zijn om de veiligheid voor patiënten echt te verbeteren". Ik verwacht wel resultaten, maar de latente problemen in het zorgsysteem lossen wij niet op met meer procedures, meer verantwoordings-informatie zoals indicatoren en losse verbeterprojecten.

Op basis van internationale literatuur en de ervaring met de landelijke kwaliteits-programma's zoals Sneller Beter of Zorg voor Beter weten wij dat misschien maar de helft van de verbetersteams de gestelde doelen zal halen en dat een deel van de bereikte verbeteringen niet zal beklijven in de drukte van de dagelijkse praktijk. De effecten van een veiligheidssysteem op de zorg zijn evenmin bewezen.

Ik pleit niet voor het stoppen van de lopende initiatieven, maar voor een twee sporen beleid. Er moet meer gebeuren en het moet geen verplichte oefening zijn door externe druk. Het is verspilde moeite om een checklist in te voeren die vervolgens zonder na te denken afgevinkt wordt.

Op dit moment is er mijns inziens te weinig aandacht voor een brede cultuurverandering gericht op minder regels en meer samenwerking en risicobewustzijn in alle lagen van de organisatie. Verantwoorde zorg voor patiënten is een gezamenlijke verantwoordelijkheid die niet alleen op de schouders van zorgverleners terecht mag komen.

## De leerstoel

Dames en heren, per 1 augustus 2009 financiert de Stichting NIVEL de bijzondere leerstoel 'Patiëntveiligheid in de gezondheidszorg'. Deze leerstoel is voortgekomen uit een in 2004 ontstane samenwerking op het gebied van patiëntveiligheid tussen het NIVEL, en de afdeling Sociale Geneeskunde en het EMGO<sup>+</sup> Instituut van het VU medisch centrum. Gezamenlijk ondersteunen zij Safety 4 Patients, het onderzoekscentrum patiëntveiligheid.

De leerstoel beoogt meer kennis en inzicht te ontwikkelen in de mechanismen die tot onbedoelde schade leiden en de mogelijkheden om deze te beïnvloeden, zodat ziekenhuizen en andere zorginstellingen ondersteund worden bij hun streven om onbedoelde schade aan patiënten te reduceren.

Het lopende onderzoek binnen Safety 4 Patients omvat een breed gebied en richt zich op valide meetmethoden, waaronder de HSMR, de ontwikkeling van de omvang en oorzaken van zorggerelateerde schade, de invloed van cultuur, organisatie en externe druk op patiëntveiligheid, en interventies om blijvende verbeteringen te bereiken.

Door onze brede ervaring heeft de onderzoeksgroep patiëntveiligheid van het NIVEL en het EMGO<sup>+</sup> een centrale rol in het landelijke onderzoek naar patiëntveiligheid. Op dit moment loopt parallel aan het landelijke Veiligheidsprogramma een grote vijf-jarige Monitor studie naar de ontwikkeling van zorggerelateerde schade in ziekenhuizen. Deze studie zal uitwijzen of in 2013 het percentage potentieel vermijdbare schade is gehalveerd.

Overzicht net afgerond en lopend promotieonderzoek:

- Meetmethoden: dossieronderzoek, HSMR en observatie onderzoek,
- Longitudinaal onderzoek naar aard, ernst en omvang van onbedoelde schade,
- Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade,
- Medische technologie en onbedoelde schade,
- Onbedoelde schade bij allochtone patiënten,
- Reduceren onbedoelde schade bij oudere patiënten,
- Registreren, analyseren en leren van incidenten,
- Patiëntveiligheidscultuur,
- Suboptimale diagnostiek en diagnostisch redeneren,
- Rol van de patiënt bij medicatieveiligheid,
- Simulatie onderzoek: relatie stress en prestaties,
- Evaluatie van interventies: SBAR-communicatietool, preventie bundels voor patiënten, Teamtraining op de SEH en IC, PV training voor arts-assistenten.

[www.onderzoekpatientveiligheid.nl](http://www.onderzoekpatientveiligheid.nl)

## **Ambities voor de komende jaren**

Een van de leukste dingen van mijn werk is het bedenken van nieuw onderzoek. Het twee of beter gezegd het meer sporen beleid geldt ook voor mijn onderzoeksplannen. Het gaat om onderzoek naar:

- *De verantwoordelijkheidsverdeling voor kwaliteit en veiligheid op alle niveaus binnen en buiten de organisatie;* het belang van patiënten moet hierbij voorop staan; er moet vertrouwen zijn of ontstaan tussen RvB, medische staf en bijvoorbeeld de IGZ; indicatoren voor het toezicht moeten valide en betrouwbaar zijn, anders werken zij averechts doordat zorginstellingen onterecht in een slecht daglicht

komen of cijfers gemanipuleerd worden. Indicatoren weerspiegelen de meetbare elementen van kwaliteit, maar er is veel dat telt, maar niet gemeten kan worden. Het is duidelijk dat externe druk helpt om verandering in gang te krijgen, maar er zijn grenzen.

- Het versterken van het *risicobewustzijn* van zorgverleners: ik zou wel een '*klinische blik*' willen die anticipeert op onveilige situaties in zorgprocessen. Deze 'klinische blik' is niet te vangen in procedures en regels, maar kan helpen om de zorgprocessen en zorglogistiek te verbeteren.
- De *samenwerking en communicatie* tussen disciplines: het gaat om het samen nemen van verantwoordelijkheid voor de patiëntenzorg; niet alleen kijken naar je eigen specialistische terrein, maar naar de hele zorgketen; [als je als zorgverlener een belangrijke uitslag hebt, zorg dan ook echt dat die snel bij de behandelend arts komt, en geef het niet al naar 1x bellen op]
- Onderzoek naar een *adaptief zorgsysteem* dat kan inspelen op onverwachte situaties en interacties: een systeem met een juiste balans tussen procedures en autonomie van professionals, tussen vertrouwen en verantwoordingsplicht, en tussen efficiënte zorgprocessen en individuele behoeften van patiënten.

Het geschetste onderzoeksterrein vraagt om een multidisciplinaire aanpak.

## **Internationale ontwikkelingen**

Naast Nederland zijn ook andere landen intensief bezig met het verbeteren van de patiëntveiligheid. De World Alliance for Patient Safety is in 2004 opgericht en heeft tot doel, via samenwerking, grootschalige verbeterprogramma's te initiëren die de veiligheid en gezondheid van burgers in alle WHO landen verbetert.

Mijn eigen onderzoeksgroep is actief betrokken bij een internationaal netwerk dat zich richt op teamtraining en simulatieonderzoek om samenwerking en communicatie van zorgverleners te verbeteren. In

september zullen wij hier in Amsterdam bij elkaar komen.

Een laatste voorbeeld is het door de Europese Commissie gefinancierde project DUQuE. Het acroniem staat voor “Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe”. Het doel van het project is de effectiviteit van kwaliteits- en veiligheidssystemen aan te tonen.

## **Onderwijs**

Vanuit de leerstoel wordt bijgedragen aan onderwijs voor tweede en derde jaars studenten geneeskunde, en aan co-assistenten en arts-assistenten. Het stimuleren van het veiligheidsbewustzijn onder jonge artsen die aan het begin staan van hun carrière zal bijdragen aan de gewenste cultuurverandering.

## **Relatie met VUmc**

Voor het VUmc kan de leerstoel van extra waarde zijn. Zorgverleners en managers staan samen voor de uitdaging om de patiëntveiligheid te verbeteren. Externe partijen, zoals zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en de IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg), zullen om resultaten vragen en erop toe willen zien dat een veiligheidssysteem wordt geïmplementeerd, op inhoudelijke thema's vooruitgang wordt geboekt, men inzicht heeft in sterke en zwakke punten, en er een cultuur ontstaat waarin professionals transparant en open zijn tegenover patiënten.

Instrumenten die in ons veiligheidsonderzoek gebruikt zijn, kunnen in vereenvoudigde vorm in het VUmc toegepast worden. Om de brug te slaan tussen wetenschap en praktijk wordt al nauw samengewerkt met het Instituut Ondersteuning Patiëntenzorg en diverse klinische afdelingen. Nieuwe mogelijkheden zijn aan het ontstaan met het Kenniscentrum Patiëntenlogistiek dat onderzoek doet naar het herinrichten van zorgprocessen om deze efficiënter, veiliger en patiëntvriendelijker te

organiseren.

Ik hoop van harte dat mijn leerstoel bij zal dragen aan het vergroten van de patiëntveiligheid in de zorg. Ook hoop ik dat opgedane kennis niet jaren nodig heeft om breed in de praktijk toegepast te worden, maar snel zijn weg vindt waardoor meer patiënten direct ervan kunnen profiteren.

Ik beseft maar al te goed dat het veranderen van mensen en processen in complexe organisaties moeilijk is, maar dat is geen reden om er niet aan te werken. Als je aan patiënten denkt, is opgeven gewoon geen optie, en gelukkig zijn de meeste zorgverleners echte doorzetters.

Innovatie en specialisatie hebben voor veel vooruitgang gezorgd, maar het belangrijkste is NU, een goede balans tussen het aantal procedures, de publieke verantwoordingsdruk, en het risicobewustzijn van zorgverleners met individuele vrijheid in professioneel handelen in het belang van patiënten.

## **Dankwoord**

Voordat ik afsluit, wil ik een aantal woorden van dank uitspreken.

Geachte leden van het Stichtingsbestuur van het NIVEL en leden van het College van Bestuur van de VU en VU medisch centrum, graag bedank ik u voor het in mij gestelde vertrouwen door mij als bijzonder hoogleraar aan deze Universiteit te benoemen.

Het feit dat ik hier vanmiddag sta heb ik aan veel mensen te danken, onderzoek doen, doe je immers niet alleen. Maar een paar personen zou ik graag expliciet willen noemen en hierbij bedanken. Prof. Groenewegen, beste Peter, al jaren heb je mij op belangrijke momenten met advies bijgestaan. We constateerden laatst dat er ook in het onderzoek een soort meester – gezelschap verhouding bestaat, net als in de geneeskunde. Je leert de

jonge onderzoeker van alles, helpt hem promoveren, ondersteunt de verdere ontwikkeling totdat diegene zelf tot meester wordt en de cyclus opnieuw begint. Prof. van der Wal, beste Gerrit, sinds jaren delen wij samen een passie voor kwaliteitszorg. We blijven ons afvragen hoe de kwaliteit en veiligheid van zorg daadwerkelijk verbeterd kan worden. Geen snelle tijdelijke successen, maar langdurige verbeteringen. Prof. Bensing, beste Jozien, jij bent diegene die de eerste stappen voor deze leerstoel heeft gezet. Daarnaast heb ik veel geleerd van jou onbevangen en succesvolle manier van netwerken. Prof. Van Mechelen, Prof. Van der Beek en Prof. Brug, beste Willem, Allard en Hans, bedankt voor jullie steun en open ontvangst op de afdeling Sociale Geneeskunde en het EMGO<sup>+</sup>.

Lieve ouders, ik ben blij dat jullie uit Bremen konden komen. Jullie konden mijn rede maar gedeeltelijk verstaan, maar op een ander moment zal ik belangrijke onderdelen in het Duits uitleggen.

Lieve Dick, David en Alex, jullie begonnen meteen grappen te maken toen ik benoemd was tot hoogleraar omdat jullie vonden dat ik dan maar met 'hooggeleerd' aangesproken zou moeten worden. Dat hebben jullie uiteindelijk niet gedaan en daar ben ik blij om. Ik geniet thuis van het ontspannen ritme van voetballen, zwemmen, en fietsen. Heel erg bedankt voor jullie steun en dat jullie mij geregeld mijn gang laten gaan als ik weer zo nodig achter mijn PC moet gaan zitten.

Ik ga afronden.

Beste collega's van de onderzoeksgroep Safety 4 Patients, met jullie heb ik in de afgelopen jaren een mooi onderzoeksgebied mogen neerzetten. Wij waren aan het pionieren omdat patiëntveiligheidsonderzoek nog erg in de kinderschoenen stond. Ik bedank jullie voor de grote inzet en betrokkenheid. Het is fantastisch om met zo geïnspireerde onderzoekers te kunnen samenwerken, en ik verheug me erop om dit nog jaren samen te kunnen doen.

Ik heb gezegd.





