

Ervaring met peer-supportprogramma UMCG

Peer support – collegiale ondersteuning – is een systeem waarmee collegae artsen of andere medewerkers in de gezondheidszorg opvangen wanneer zij betrokken zijn geweest bij een ernstige fout dan wel incident. Essentieel is een proactief systeem waarbij een getrainde ‘peer supporter’ de betrokkene benadert en een luisterend oor biedt wanneer diegene dit wenst. Het peer-supportprogramma is inmiddels ruim twee jaar actief in het UMCG. De vormgeving en eerste ervaringen met het programma worden in dit artikel besproken.

Door: J.C. Kluin-Nelemans, Y.J. Kamminga, J.J.H.M. Erwich

In 2012 verzocht de raad van bestuur van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) om – gelijktijdig met een verbetering van de systematiek rondom calamiteitenmeldingen bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) - een programma te starten voor peer support. Het doel was om betrokkenen bij een calamiteit beter op te kunnen vangen. Dat dit dringend nodig was, was inmiddels uitgebreid bekend uit de Amerikaanse literatuur. Artsen die betrokken zijn bij fouten, blijken daar slecht mee om te kunnen gaan. Het past immers niet in de beroeps cultuur om fouten te maken, laat staan daar over te praten of om hulp te vragen (Shapiro 2016, Hu 2012) . De gevolgen kunnen soms ernstig zijn. Hoewel het merendeel herstelt, functioneren de meeste artsen tijdelijk suboptimaal door slaapgebrek en psychische problemen. Dit heeft ook weer impact op de patiëntveiligheid.

Met behulp van dr. Jo Shapiro, KNO-arts in het Brigham and Women’s Hospital, en tevens hoofd van het Center of Professionalism and Peer Support in Boston, Harvard Medical School, hebben wij in het UMCG een peer-supportprogramma ontwikkeld. De start was een gastlezing van Dr. Shapiro, waarin zij als chirurg met haar enthousiasme, wars van ‘softigheid’, iedereen wist te overtuigen van het belang en de noodzaak van een dergelijk programma.

Emoties rond fouten en ongevallen

Artsen hebben veel ervaring met zogenaamde slecht-nieuwsgesprekken. Ook zijn zij gewend aan het feit dat het niet goed gaat met patiënten, en dat deze kunnen komen te overlijden. In alle gevallen gaat dit gepaard met emoties. Echter, het type emoties dat optreedt wanneer een arts zelf een fout heeft gemaakt is wezenlijk anders. Dan kunnen gevoelens van schaamte, angst, onzekerheid en in vele gevallen ook eenzaamheid, optreden. Artsen schamen zich voor de gemaakte fout en zijn onzeker over hun functioneren en kwaliteiten. Daarnaast zijn zij bang voor reputatieschade voor henzelf en/of de afdeling, voor verwijten van patiënten en eventuele nabestaanden, voor kritiek van collegae of leidinggevendenden en voor eventuele klachtenprocedures of tuchtzaken. De neiging zal bestaan om situaties vergelijkbaar met die waarin de fout is opgetreden, te vermijden of dwangmatig extra te gaan controleren. Doordat de beroeps cultuur niet goed toestaat dat hierover gepraat wordt, ontstaat heel gemakkelijk een gevoel van isolatie. Dit gevoel wordt versterkt door collegae die de betrokkene niet steunen, maar eerder negeren.

Dwangmatig

Vaak gaat het in de verwerkingsperiode niet goed met de betreffende arts: er zijn slaapproblemen, stemmingsproblemen, moeite met concentratie, gevoelens van onzekerheid en neiging tot dwangmatig herhalen van de gebeurtenis. Een enkeling is langdurig ziek en vertoont tekenen van depressie of burn-out. Desalniettemin blijkt gelukkig dat de meerderheid uiteindelijk herstelt en weer als voorheen kan functioneren. Dit neemt echter niet weg dat een tijdelijk disfunctionerende arts ongelukkig is en een risico vormt voor de veiligheid in de gezondheidszorg. Er zijn dus redenen genoeg te bedenken om hier waar mogelijk te interveniëren.

Uit enquêtes onder 108 artsen (chirurgie, intensive care, anesthesiologie) in de Verenigde Sta-



Pieter Beens

Bij melding calamiteiten standaard peer support aanbieden.

ten, kwam naar voren dat 79% van de artsen in het voorgaande jaar betrokken was bij een serious adverse event. De grote meerderheid had behoefte aan steun, maar slechts 10% bleek deze steun van de organisatie ook daadwerkelijk ontvangen te hebben (Hu 2012). Op de vraag van wie een arts steun zou willen ontvangen, antwoordde de meerderheid dat zij die van een collega-arts zouden willen krijgen, en niet van iemand van de afdeling Maatschappelijk werk of Psychologie. Er is geen reden om aan te nemen dat de situatie in Nederland anders is, hoewel er geen cijfers bekend zijn. Dit vormde een belangrijke reden voor het UMCG om binnen hun peer-supportprogramma ook onderzoek te gaan doen.

Proactief

In lijn met de beroeps cultuur is het niet verbaazingwekkend dat artsen zelf niet gauw aan de bel trekken wanneer zij zich ongelukkig of onzeker voelen na betrokkenheid bij een ernstige fout. Dit komt overeen met zowel de ervaring van dr. Shapiro in Boston, als onze ervaring in het UMCG. Er is in het verleden in het UMCG vanuit de ARBO-dienst en het maatschappelijk werk een afdeling opgericht speciaal voor ondersteuning van artsen betrokken bij fouten. Deze bleek nauwelijks gebruikt te worden. Inmiddels weten we dat het essentieel is dat hulp proactief aangeboden wordt, in plaats van te wachten op een hulpvraag.

Peer support matches

In 2013 werd een Commissie Calamiteiten Patiëntenzorg (CCP) geïnstalleerd waaraan het

peer-supportprogramma gekoppeld werd. Via een gasthoogleraarsaanstelling werd dr. Shapiro vast aan het UMCG verbonden, waar zij tweemaal per jaar een week werkzaam is. Medio 2013 werd begonnen met het werven van peer supporters. Eind 2013 werd vervolgens gestart met de eerste training van peer supporters door dr. Shapiro. In de afgelopen twee jaar zijn verschillende groepen artsen, verpleegkundigen en anderen getraind, eveneens door Dr. Shapiro. Parallel hieraan is een follow-up programma gestart zodat peer supporters hun ervaringen kunnen uitwisselen en de logistiek verder verbeterd kan worden. Inmiddels zijn er vanuit de 26 afdelingen die het UMCG heeft, 37 artsen, 29 verpleegkundigen en 14 andere paramedici (onder meer vanuit de laboratoria en apotheek) getraind, die ieder een tot twee maal per jaar ingezet worden.

Vanaf het begin is het peer-supportprogramma gekoppeld aan de calamiteitenmeldingen in het ziekenhuis. Het grote voordeel hiervan is dat de namen van betrokkenen bij een potentiële calamiteit snel bij de CCP bekend zijn, zodat meteen peer supporters ingezet kunnen worden. Op het verplicht in te vullen formulier voor een potentiële calamiteit – makkelijk te vinden onder de SOS-knop op het intranetprogramma van het UMCG - staat een verzoek om alle namen in te vullen van betrokkenen bij een calamiteit, zodat zij benaderd kunnen worden voor peer support. Zodra het formulier elektronisch binnen is gekomen bellen of mailen medewerkers van de CCP potentiële peer supporters, met het verzoek peer support te

verlenen. Zij krijgen het oriënterende aanvraagformulier te zien, en de naam van degene die ondersteund moet worden. Getracht wordt peer supporters enigszins te matchen: ‘snijders’ bij ‘snijders’, ‘beschouwers’ bij ‘beschouwers’, arts bij arts, verpleegkundige bij verpleegkundige, en waar mogelijk ook jong versus ervaren. Principieel wordt overigens nooit een peer supporter van de eigen afdeling ingezet.

Hoe worden peer supporters geworven?

Vanzelfsprekend moest het programma eerst in huis geïmplementeerd worden. Met andere woorden, er moest draagvlak zijn om een peer-supportprogramma te kunnen starten. Van dr. Shapiro kregen wij het advies om alle beroepsmedewerkers schriftelijk te benaderen met de vraag: “Naar wie zou u toegaan om in vertrouwen te praten wanneer u betrokken bent geweest bij een fout of ernstige nalatigheid?” Deze namen (gemiddeld een tot twee per afdeling) werden vertrouwelijk doorgegeven aan de CCP. De respons op de brief was zeer hoog.

Deze manier van werven lijkt beter te werken dan enkel ingaan op vrijwilligers. Deze laatste groep is namelijk nogal eens zelf ‘ervaringsdeskundige’ en mogelijk daardoor minder in staat om een luisterend oor te bieden voor degene die support nodig heeft. Vervolgens zijn degenen die voorgedragen werden, uitgenodigd voor een training van dr. Shapiro. Na de training doorlopen te hebben, kregen zij een bedankbrief namens de raad van bestuur, die hun status als peer supporter formaliseerde. Bij een van de follow-up bijeenkomsten besloot de groep vervolgens zelf om alle namen en telefoonnummers van getrainde peer supporters beschikbaar te stellen op het intranet van het UMCG.

Wat doet een peer supporter?

Een peer supporter krijgt van de CCP de naam van de betrokkene door en neemt onmiddellijk contact op, hetzij per mail, hetzij per telefoon. Bij deze ‘reach-out call’ benadrukt de peer supporter allereerst dat hij of zij de persoon benadert omdat dit deel uitmaakt van de standaard procedure: alle betrokkenen bij een calamiteit worden immers benaderd. Hierdoor wordt de gebeurtenis alvast enigszins genormaliseerd. Het is vervolgens aan de betrokkene zelf om al dan niet in te gaan op de geboden hulp, die voornamelijk bestaat uit een luisterend oor, reflectie, hulp bij coping, controle op fysieke functies (eet je genoeg, slaap je wel, heb je afleiding, heb je steun in de omgeving, maak je gebruik van de hulp die je zou vragen bij andere moeilijke momenten, etc.). Heel nadrukkelijk

is de peer supporter geen pseudo-psychiater of psycholoog, schrijft deze geen slaapmedicatie voor of gedraagt zich anderszins als behandelaar. De peer supporter is getraind om alarmsignalen te detecteren, en kan betrokkenen dringend adviseren om hulp te vragen, bijvoorbeeld bij de huisarts. Een medewerker van de afdeling Psychiatrie is stand-by bereikbaar als dit nodig zou zijn.

De gesprekken worden niet vastgelegd. Dit laatste beschermt ook de peer supporter tegen eventuele juridische aansprakelijkheid wanneer er later een klachtenprocedure start met betrekking tot de calamiteit. Het is aan de betrokkenen zelf of de gesprekken per telefoon of vis-à-vis plaatsvinden. In de meerderheid van de gevallen is één gesprek genoeg, maar indien nodig kan de peer supporter vervolgesprekken aanbieden. Dit gebeurt ook wanneer een betrokkene initieel aangeeft geen behoefte aan een gesprek te hebben. Gebruikelijk is dan om toestemming te vragen om binnen één tot twee weken opnieuw contact op te mogen nemen. Uit ervaring blijkt dat rondom de afrondende Prisma-besprekingen, de besprekingen waarbij de Prisma-analyse ten aanzien van de calamiteit besproken wordt met betrokkenen alvorens het analyserapport opgestuurd wordt naar de IGZ, over een melding aan de IGZ de emoties weer kunnen oplopen. Betrokkenen worden op dat moment ook nog eens geattendeerd op het peer-supportprogramma.

De helft geen behoefte

Het UMCG houdt sinds de start van het programma in een spreadsheet bij hoe vaak een peer supporter ingezet wordt. Globaal komen er per jaar 130 potentiële meldingen binnen bij de CCP, waarvan er circa 30 voldoen aan de definitie ‘calamiteit’ die het UMCG bij de IGZ moet melden. Het hogere aantal meldingen dat binnenkomt bij het CCP (130) heeft te maken met het feit dat met de beroepsgroepen de afspraak gemaakt is om zo laagdrempelig mogelijk te melden (bijvoorbeeld elke ‘dood op tafel’ dient gemeld te worden) om geen calamiteiten te missen.

Ongeveer de helft van de betrokkenen geeft op het formulier aan dat er geen behoefte is aan peer support. Dat is niet verwonderlijk gezien het feit dat veel van deze meldingen patiënten betreft waarbij een laatste-poging interventie is toegepast met hoog risico op overlijden. Van de 65 betrokkenen die wél peer support aangeboden krijgen, geeft de helft aan deze niet nodig te hebben, meestal omdat de eigen afdeling al veel betrokkenheid heeft getoond. Het zou dus zo kunnen zijn dat het bestaan van het peer-sup-

portprogramma, evenals bewustwording van de noodzaak ervan, al zo'n cultuuromslag heeft gecreëerd dat eigen collegae en leidinggevenden nu veel actiever optreden rondom een gebeurtenis die één van hun collegae betreft.

Wereld van verschil

Een eigen ervaring ondersteunt dit: één van de auteurs van dit artikel bood peer support aan een anesthesist nadat volledig onverwacht en op dat moment onbegrepen een patiënte tijdens de operatie overleden was. De melding richting IGZ was gedaan en iedereen was volledig van slag van wat er gebeurd was. De anesthesist die gebeld werd, bedankte me hartelijk en vertelde dat inmiddels zijn afdelingshoofd al gebeld had en twee collegae langs waren geweest met de vraag of hij hulp nodig had. Hij gaf aan dat de sfeer op de afdeling in het UMCG nu een wereld van verschil liet zien met tien jaar geleden. In 2004 was hij op een vergelijkbare manier betrokken geweest bij een calamiteit. Toen liep iedereen met een boog om hem heen, werd hij genegeerd (voor zijn gevoel zelfs nagewezen), en voelde hij zich ellendig, schuldig en wist niet wat te doen om dit te verwerken.

Getalsmatig betekent het dus dat er per jaar zo'n 65 keer een melding gedaan wordt waarbij peer support aangeboden wordt. In circa de helft van de gevallen wordt ook echt gebruik gemaakt van dit aanbod. Tot op heden heeft de verleende peer support veel positieve reacties teweeg gebracht, zowel bij de peer supporter als bij degene die support heeft gekregen.

Verbeterpunten

Omdat het peer-supportprogramma gekoppeld is aan de calamiteitenmeldingen, zou het kunnen dat potentiële steun bij andere incidenten, die niet voldoen aan de definitie calamiteit, gemist wordt. Om die reden is onlangs aan het decentrale incidentmeldingenformulier een vraag toegevoegd of er behoefte is aan peer support, en zo ja, om dit aan de CCP door te geven. Incidentmeldingen hebben over het algemeen genomen een langere doorvoertijd, zodat echt alert reageren wat moeilijker is. Artsen en verpleegkundigen betrokken bij klachten (via de klachtenfunctionaris of klachtencommissie) zijn tot op heden evenmin een doelgroep geweest. Dit heeft ook te maken met het feit dat de CCP geen zicht heeft op namen van betrokkenen bij klachten. Met de klachtenfunctionaris is afgesproken flyers te verstrekken, maar de vraag is of dit gaat werken, omdat immers het proactief benaderen veel

effectiever lijkt te zijn dan wachten tot een arts om hulp vraagt. Het is echter nog te vroeg om hier al conclusies uit te trekken.

Verpleegkundige peer supporters zijn met hun vele diensten en parttime aanstellingen niet altijd beschikbaar, hetgeen veel getrainde supporters vereist, die daardoor de eerste jaren iets minder ervaring zullen opdoen. Daar staat tegenover dat peer supporters ook voor andere doeleinden benaderd blijken te worden. In de follow-up besprekingen gaven sommigen namelijk aan, dat zij - simpel vanwege het feit dat ze aangewezen peer supporter zijn - ook benaderd werden om hulp te bieden in andere situaties. Kortom, een peer supporter is multi-inzetbaar en een potentiële belangrijke cultuurverbeteraar binnen een ziekenhuis. Het programma is ook ingezet bij de opleiding van AIOS. Op hun verzoek is er in 2015 tweemaal een peer-support-'light'-training gegeven aan de AIOS in de opleidingsregio van het UMCG, zodat zij globaal weten hoe om te gaan met collega-AIOS die betrokken zijn bij een ernstig incident. Daarnaast participeert de CCP in het reguliere onderwijs voor geneeskundestudenten door een collegeweek te vullen voor eerstejaars studenten over het onderwerp calamiteiten en peer support.

Conclusie

Ons peer-supportprogramma past in een moderne, brede aanpak van incidenten in de zorg. De ervaringen zijn hoopvol en de betrokkenen ervaren het programma erg positief. Niet alleen het feit dat een ziekenhuis zorg heeft voor de eigen medewerkers is belangrijk, maar een ieder realiseert zich dat hiermee tevens de patiëntveiligheid bevorderd wordt.

Literatuur

Shapiro J, Galowitz P. *Clinicians need more support in cases of medical error*. Ned.Tijdschr.Geneeskd. 2016;160:D181.

Hu YY, Fix ML, Hevelone ND et al. *Physicians' needs in coping with emotional stressors: the case for peer support*. Arch.Surg. 2012;147:212-217.

Informatie over de auteurs

J.C. Kluin-Nelemans is emeritus hoogleraar hoofd afdeling Hematologie UMCG. Zij startte het programma rond de calamiteitenmeldingen en peer support op, en was tot medio 2015 voorzitter van de Calamiteiten Commissie Patiëntenzorg (CCP).

Y.J. Kamminga is beleidsmedewerkster van de afdeling Medische Zaken, en eindverantwoordelijk voor alle logistiek rond de CCP en het peer-supportprogramma.

J.J.H.M. Erwich is hoogleraar en hoofd Obstetrie in het UMCG, van meet af aan betrokken bij de CCP en inmiddels voorzitter van deze commissie. Hij ondersteunt Prof. Dr. J. Shapiro bij het doen van wetenschappelijk onderzoek rond peer support.