

Patiëntveiligheid: de paradox van innovatie en specialisatie

SAMENVATTING ORATIE PROF.DR. CORDULA WAGNER,
GEHOUDEN 25 MEI 2010 AAN DE VRIJE UNIVERSITEIT TE AMSTERDAM

In de afgelopen decennia zijn er in de zorg veel innovaties geweest en is het aantal specialismen sterk gegroeid. Positieve ontwikkelingen die helpen de kwaliteit en veiligheid van zorg te verbeteren. Toch krijgt jaarlijks ongeveer 5,7% van de in het ziekenhuis opgenomen patiënten te maken met onbedoelde schade, waarvan een deel achteraf gezien 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. De huidige aanpak voor verbetering is gericht op het invoeren van procedures, indicatoren en zorginhoudelijke verbeterprojecten op de werkvloer. Een noodzakelijke aanpak, maar er is meer nodig, zoals: meer samenwerking in teams, een op de patiënt gericht verantwoordelijkheidsgevoel en een sterk risicobewustzijn van zorgverleners.

Door: C. Wagner

Bij patiëntveiligheid gaat het om het voorkomen van zorggerelateerde schade aan de patiënt, zoals 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. 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.

Oorzaken van incidenten

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. Hieronder worden diverse factoren beschreven die op verschillende niveaus bijdragen aan het ontstaan van incidenten en zorggerelateerde schade.

Menselijke factoren

Mensen kunnen gemiddeld maar zeven items in het kortetermijngeheugen 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. Daarnaast kunnen routines en gewoontes extra risico's met zich meebrengen (taken worden op de automatische piloot uitgevoerd), net als aan de andere kant nieuwe of afwijkende situaties (het bedienen van een nieuw apparaat).

Ten slotte speelt onze waarneming 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 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 op moeilijke situaties te anticiperen en de juiste beslissingen te nemen. Het niet willen onderkennen van menselijke beperkingen leidt tot zelfoverschatting en onnodige risico's voor patiënten.

Team en organisatiefactoren

De zorg wordt door steeds meer verschillende professionals geleverd, die veelvuldig patiëntinformatie aan elkaar moeten overdragen, elkaar regelmatig niet goed kennen, uiteenlopende opleidingen hebben gevolgd en frequent van team wisselen. 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 diverse studies is gebleken dat suboptimale communicatie tussen zorgverleners een van de belangrijkste factoren is die bijdragen aan het ontstaan van zorggerelateerde schade. Suboptimale communicatie komt twee keer zo vaak voor als onvoldoende klinische vaardigheden.

De bestaande hiërarchie onder zorgverleners in ziekenhuizen leidt ook tot verhoogde risico's. Soms durven verpleegkundigen 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 staflid. 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.

Ook 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 de raad van bestuur om risicoverhogende werk-omstandigheden niet te laten voortbestaan. 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 uit andere sectoren zijn het ongeluk met de kernreactor van Tsjernobyl en het vliegtuigongeluk van Tenerife. Systeemongelukken hebben te maken met de onderlinge afhankelijkheid van activiteiten van individuen en processen. Systeemongelukken kenmerken zich door een kettingreactie van kleine incidenten.

Hoe kan de zorg veiliger worden?

De laatste jaren hebben ziekenhuizen en zorgverleners al veel activiteiten ontwikkeld. Nagenoeg alle ziekenhuizen hebben zich bij het landelijke veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig' aangesloten. Zij werken aan het invoeren van een veiligheidsmanagementsysteem en aan het verbeteren op tien inhoudelijke thema's. Toch zal dit niet genoeg zijn, er moet nog meer gebeuren wil de doelstelling van 50% minder potentieel vermijdbare schade in vijf jaar gehaald kunnen worden. De latente problemen in het zorgsysteem worden niet opgelost met meer procedures, meer verantwoordingsinformatie zoals indicatoren en losse verbeterprojecten. Van Snel Beter of Zorg voor Beter weten wij dat waarschijnlijk maar de helft van de verbeterende teams 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. Er zou een tweesporenbeleid gevoerd moeten worden, waarbij ook aandacht is voor een brede cultuurverandering gericht op minder regels en meer samenwerking en risicobewustzijn in alle lagen van de organisatie.

Contactinformatie:

Cordula Wagner
NIVEL en EMGO/VUmc
c.wagner@nivel.nl



Cordula Wagner

Toekomstig onderzoek

Vanuit de nieuwe leerstoel zal onderzoek geïnitieerd worden naar:

- De verantwoordelijkheidsverdeling voor kwaliteit en veiligheid op alle niveaus binnen en buiten de organisatie.
- Het versterken van het risicobewustzijn van zorgverleners en het stimuleren van een 'klinische blik' die anticipeert op onveilige situaties in zorgprocessen.
- De samenwerking en communicatie tussen disciplines en specialismen.
- 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. Meer informatie over de lopende onderzoeken is te vinden op www.onderzoekpatientveiligheid.nl.