

'Er zijn zoveel dingen die **mis** kunnen gaan'

Kwaliteit en veiligheid in het ziekenhuis

Patiëntveiligheid ver van je bed? In de collegezaal misschien nog wel, totdat je zelf op de werkvloer staat. Marloes de Moor

Patiëntveiligheid is voor veel studenten niet het meest opwindende vak. Ze vinden het saai en abstract. Toch zijn het belangrijke onderdelen binnen je studie. Fouten maken is menselijk, elke arts maakt ze. Daarom is het nuttig om te weten hoe je daarmee omgaat.

Anne-Martine Storm van Leeuwen is vijfdejaars student aan de Radboud Universiteit in Nijmegen en vanaf het begin van haar studie zeer geïnteresseerd in patiëntveiligheid. Ze bezocht met een docent en twee medestudenten in 2008 het International Forum on Quality and Safety in Health Care van British Medical Journal (BMJ) en Institute for Healthcare Improvement (IHI) in Parijs en stak daar veel van op. 'Ik leerde hoe fouten worden veroorzaakt, bijvoorbeeld door gebrekkig teamwork, niet-wetenschappelijk onderbouwde werkwijzen, individuele

missers en falen binnen het systeem. Bovendien kreeg ik inzicht in de verschillende perspectieven, vanuit patiënt, verpleegkundige, arts en manager.'

Samen met medestudenten Elise Reus en Lisa van de Wijer (niet bij het interview aanwezig) vormt Anne-Martine een werkgroep die zich inzet voor patiëntveiligheid. Met hulp van twee docenten gaven zij het vak opnieuw vorm. 'We bedachten hoe we het onderwijs aansprekender en begrijpelijker konden maken: praktischer en meer vanuit het perspectief van de student.'

Frisse blik

Elise Reus, derdejaars geneeskunde, volgde het vernieuwde vak dit jaar voor het eerst. Ze is blij dat ze al in zo'n vroeg stadium van haar studie met het onderwerp te maken krijgt. 'Daardoor kijk ik er met een frisse blik te-



genaam. Het is heel complex. Er zijn zoveel dingen die mis kunnen gaan. Als je je daarvan bewust bent en weet hoe je ermee om moet gaan, kun je tegenover de patiënt ook beter onderbouwen waarom je een bepaalde keuze maakt.' Voor haar tentamen maakte zij een werkstuk over het opsporen van fouten en het verbeteren van de kwaliteit van zorg. 'Ik heb processen binnen het ziekenhuis geobserveerd. Zijn er protocollen en worden die ook echt opgevolgd? Dat was heel verhelderend. Zo zijn er protocollen die in de praktijk eigenlijk niet haalbaar zijn, omdat er te weinig mensen zijn of geen tijd voor is.'

Ook Anne-Martine vindt het belangrijk om het hele proces te leren kennen en zo meer inzicht te krijgen in patiëntveiligheid: 'Ik wil verder kijken dan alleen patiënten genezen. Dat maakt mij uiteindelijk tot een goede en complete dokter.' Tijdens haar coschappen ziet ze in de praktijk terug wat ze heeft geleerd. 'Bij chirurgie bijvoorbeeld, werken ze met time-outs. Voor de operatie start, neemt het team alles tot in de details door: is dit de goede patiënt, de goede operatie, hebben we de juiste spullen, gaat het om het linker- of rechterbeen? Ook nadien wordt gecontroleerd of alle materialen weer compleet zijn.'

Schuldvraag

Fouten op de ziekenhuisvloer kunnen bijvoorbeeld ontstaan door gebrekkige communicatie of problemen bij de overdracht. Anne-Martine: 'Een goed voorbeeld is een kast waarin twee verschillende medicijnen naast elkaar staan, met bijna dezelfde naam. Onder tijdsdruk kan het gebeuren dat de zorgverlener de eerste drie letters leest, het verkeerde medicijn grijpt en vervolgens een collega niet laat dubbelchecken. Een *human error* die desastreuze gevolgen kan hebben.

Of een patiënt die na een langdurige operatie is aangesloten op een centrale lijn. Maar bij aankomst op de afdeling liep er geen infuus door die lijn. Die moet daarom worden

doorgespoten. Als dat de verpleegkundige niet lukt, schiet de arts te hulp. Hij pakt een buisje heparine uit een bak met ampullen. Het etiket met de naam kan hij niet goed lezen, maar hij gaat ervan uit dat het heparine is. Meteen na het toedienen wordt de patiënt zeer angstig en gaat de hartslag en bloeddruk omhoog. Iemand blijkt per ongeluk een buisje adrenaline in de bak met heparineampullen te hebben gezet.

Om de patiëntveiligheid te verbeteren, moet zo'n fout bespreekbaar worden gemaakt. Hoe komt het dat iemand zo'n fout maakt? Mensen blijken leesfouten te maken als ze verwachten iets te zullen gaan lezen.

Anne-Martine: 'Het gaat niet om de schuldvraag, maar om hoe dergelijke fouten in de toekomst te voorkomen zijn. Dat wordt nu nog te weinig gedaan, net als het melden van fouten.'

Volgens Elise is het daarom goed als studenten al in het begin van de opleiding te maken krijgen met patiëntveiligheid en hoe zij daarmee kunnen omgaan. 'Het is nu nog vaak moeilijk om een arts aan te spreken op zijn werkwijze, omdat hij zich dan aangevallen voelt. Maar als het geïntegreerd raakt in je denk- en werkwijze, wordt het makkelijker om erover te praten met een collega. Een veilige omgeving waarin je alles tegen elkaar kunt zeggen, betekent ook een veiliger situatie voor de patiënt.'

Barcode

Anne-Martine, Elise en Lisa deden dit jaar in het Universitair Medisch Centrum Utrecht een pilotonderzoek naar patiëntveiligheid. Ze bestudeerden wetenschappelijk bewezen maatregelen die erop gericht zijn de veiligheid te vergroten, zoals de dubbelcheck en de barcodetechnologie. Bij deze nieuwe technologie dragen patiënten een barcode om de pols. De arts kan vervolgens met een scanner zien welke medicijnen de patiënt gebruikt en in welke dosering. Zo wordt het risico op het toedienen van verkeerde medicatie tot een minimum beperkt.



Ook interviewden ze vijf zorgprofessionals van verschillende afdelingen over de toepassing van veiligheidsmaatregelen. Er bleek een duidelijke mentaliteitsverandering gaande te zijn wat betreft kwaliteit en veiligheid. Elise: 'Regelmatig is er overleg waarin de werkwijze aan de orde komt en hoe die kan worden verbeterd. Er worden vrijwel altijd dubbelchecks gedaan. Het is ook vanzelfsprekender om elkaar aan te spreken op fouten en daarvan te leren.' Er zijn verschillende initiatieven genomen om de patiëntveiligheid te verbeteren, zoals het betrekken van een ziekenhuisapotheker bij het herzien van de medicatie van een patiënt. 'Het is voor zowel de arts als de apotheker heel leerzaam om een medicijn opnieuw te bekijken. Past het wel goed bij de patiënt? Bij welke patiënt is dit medicijn bijvoorbeeld slecht voor de leverfunctie en bij welke niet? Is er een andere combinatie van medicatie denkbaar? Zulke initiatieven komen de veiligheid van de patiënt én de kwaliteit van zorg ten goede', vertelt Elise. Om financiële redenen kunnen niet alle nieuwe technieken, zoals de barcode, direct worden geïmplementeerd. Elise en Anne-Martine vinden dat de maatschappij juist geld kan besparen door de invoer van moderne technolo-

gieën. 'Als iemand door een medische fout nooit meer kan werken, kost dat veel geld. Een nieuwe technologie is wel een financiële investering, maar kan fouten voorkomen en dus uiteindelijk kosten besparen. Maar om dit inzichtelijk te maken, zou je onderzoek moeten doen. En ook dat kost weer geld...'

Missie

Deelnemen aan de werkgroep kost tijd. Anne-Martine en Elise zagen al een aantal studenten vanwege tijdgebrek afhaken de afgelopen jaren. Waarom zijn zij wel bereid er zoveel uren in te steken? Goed voor het cv? Netwerken? Of gewoon pure interesse?

Anne-Martine doet het beslist niet voor haar cv: 'Dan hou je het niet vol. Ik interesseerde me vanaf het begin al voor dit onderwerp, omdat het voor de gehele breedte van het vak belangrijk is.'

Elise ziet het ook als een soort missie: 'Ik wil andere mensen motiveren om de kwaliteit te verbeteren. Als we een nieuwe werkwijze ontwikkelen en met wetenschappelijk onderzoek kunnen aantonen dat het werkt, wil ik anderen daarvan overtuigen en hoop ik dat ze het ook toepassen.'

De werkgroep praat ook regelmatig met buitenlandse studenten over patiëntveiligheid. 'De *healthcare systems* zijn in elk land anders en ook het onderwijs verschilt. In Frankrijk wordt bijvoorbeeld nauwelijks lesgegeven over patiëntveiligheid, terwijl in er in Noorwegen drie trimesters aan worden besteed. Ook in Engeland is het een hot item. Het is inspirerend om ervaringen uit te wisselen en kennis te delen', vertelt Anne-Martine.

Anne-Martine, Elise en Lisa hopen dat de interesse voor patiëntveiligheid zich uitbreidt en dat ook studenten uit andere steden zich aansluiten bij de kwaliteitsbeweging. 'We willen dat steeds meer mensen het belang van patiëntveiligheid en kwaliteitsverbetering inzien.' **Waar**

Wat is patiëntveiligheid?

Wat is patiëntveiligheid/kwaliteitsverbetering?

Het voorkomen van incidenten, complicaties en medische missers en het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Stel jezelf steeds de volgende vragen: Wat is de oorzaak van menselijke fouten? Hoe kunnen deze leiden tot schade? Wat kunnen we ervan leren? Hoe kunnen we dit verbeteren?

Wat is de professionele standaard?

De beste manier van handelen in een specifieke situatie, rekeninghoudend met de wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen en protocollen.

Wat is van belang om patiëntveiligheid te verbeteren?

Een goede communicatie tussen managers en zorgverleners en wederzijds begrip.

Een goede overdracht van werk en samenwerking.

Openheid door wekelijks overleg waarin fouten worden besproken, vooral bij 'gevaarlijke' specialismes zoals chirurgie.

Kennis delen met andere ziekenhuizen; patiëntveiligheid niet als concurrentiemiddel gebruiken.

Studenten in een vroeg stadium van de opleiding betrekken bij veiligheid en kwaliteit.

Het veiligheidsmanagementsysteem (VMS)

Met dit systeem signaleren ziekenhuizen voortdurend risico's. Op grond daarvan voeren zij verbeteringen door en leggen zij het beleid vast, evalueren ze het of passen het desgewenst aan.

