

Bevorderen patiëntveiligheid acute-zorgketen door  
prospectieve risico-inventarisatie

# Voor- of achteruit kijken?

Het verbeteren van patiëntveiligheid staat hoog op de agenda bij kwaliteitsmedewerkers, professionals en bestuurders. Er zijn diverse hulpmiddelen om patiëntveiligheid in een organisatie in kaart te brengen. Maar hoe breed je nu de focus naar patiëntveiligheid in transmurale zorgketens? En hoe kun je als bestuurder de patiëntveiligheidscultuur en samenwerking in een (acute)-zorgketen naar een hoger niveau tillen? Verslag van een pilot met ambulancezorg, huisartsenposten en afdelingen Spoedeisende hulp.

Door: M. Litjens, M. Dirx, K. van den Berg, S. Berben

**P**atiëntveiligheid is allang niet meer een zaak van afdelingen of organisaties alleen. De complexe zorg voor met name ouderen vraagt om meer samenwerking tussen professionals. Bij samenwerking over de grenzen van afdelingen heen, al dan niet in netwerken, spreken we van ketenzorg. Ontwikkelingen in patiëntveiligheidsbeleid zijn tot nu toe met name gericht op de (keten)zorg binnen de eigen organisatie. Omdat de ketenzorg voor de patiënt vaak over de grenzen van een organisatie heen gaat, is toepassing en mogelijk ook aanpassing van patiëntveiligheidsmethodieken in de transmurale zorgketen nodig.

## Stadium 1 en 2

Recent onderzoek (Hesselink et al., 2016) laat zien dat bestuurders in de acute zorg binnen hun eigen organisatie de randvoorwaarden creëren voor het verbeteren van patiëntveiligheid. Ze zijn en voelen zich eindverantwoordelijk voor patiëntveiligheid in de eigen organisatie. Het betrof organisaties die deelnemen aan het Regionaal Overleg Acute Zorg. Dit zijn de huisartsenpost, ambulancevoorziening, afdeling Spoedeisende hulp, het mobiel medisch team en de crisisdienst geestelijke gezondheidszorg. Op verschillende manieren werken deze organisaties

aan de verbetering van de patiëntveiligheidscultuur. Volgens het evolutionair model van patiëntveiligheid (Lemmens et al., 2011) bevinden deze organisaties zich in patiëntveiligheidsstadium 1 en 2 (figuur 1). Het evolutionair model is gebaseerd op vier pijlers voor patiëntveiligheid: meten en monitoren, optimaliseren en uniformeren van processen, verantwoordelijkheid en aansturing en organisatiecultuur. Er zijn verschillende stadia te onderscheiden waarin een organisatie meer of minder 'in control' is met betrekking tot patiëntveiligheid (figuur 1).

## Niet geregeld

Relatief nieuw is de aandacht voor het bevorderen van patiëntveiligheid in de transmurale acute ketenzorg. De verantwoordelijkheid voor patiëntveiligheid binnen de transmurale acute-zorgketen is namelijk niet geregeld (Hesselink et al., 2016). Dit wringt bij de betrokken professionals en bestuurders. Begrijpelijke en legitieme redenen bemoeilijken de samenwerking in de acute zorgketen, zoals de autonome posities, interne belangen en het eigen patiëntveiligheidsbeleid van de ketenpartijen (Hesselink et al., 2016). Veiligheidsrisico's in de acute-zorgketen worden niet of nauwelijks op een systematische wijze in kaart gebracht of aangepakt. Risicoanalyses en verbeteracties zijn vaak ad hoc en vinden veelal op bilateraal niveau plaats, bijvoorbeeld naar aanleiding van een (ernstig) incident of calamiteit. Hesselink et al. laten zien dat patiëntveiligheid in de acute-zorgketen zich daarmee volgens het evolutionair model in stadium 0 bevindt (figuur 1). Om de stap naar patiëntveiligheidsstadium 1 te maken, is inzicht nodig in risico's in de keten. In een pilot onderzochten we in hoeverre een prospectieve risico-inventarisatie (PRI) kan bijdragen aan inzicht in patiëntveiligheid en het bevorderen van de patiëntveiligheidscultuur in de transmurale acute-zorgketen.



Samenwerken over de instellingsgrens kent relatief grote veiligheidsrisico's.

## PRI en HFMEA-light

Voor de uitvoering van de PRI ontwikkelden we een procedure, waarin de processtappen beschreven worden van aanvraag tot en met de afronding van een PRI. Hierin zijn de volgende criteria voor de keuze van een zorgproces opgenomen:

- een keten waar nog geen zorgpad voor is;
- een belangrijke wijziging in een bestaand zorgpad;
- een belangrijke wijziging in de externe vereisten, zoals wetgeving, of vereisten van een beroepsvereniging;
- een high-risk doelgroep, een risicovol (zorg) proces in de acute-zorgketen;
- een acute-(zorg)proces met veel problemen en gebrek aan kennis over de achterliggende oorzaken.

De PRI's zijn uitgevoerd volgens een verkorte versie van de 'Healthcare failure mode and ef-

fect analysis (HFMEA-light)' (van Um & Dingemans, 2009). De HFMEA-light brengt op een systematische manier de patiëntveiligheidsrisico's van een zorgproces of zorgketen in kaart. Deelnemers geven aan wat de meest risicovolle processtappen zijn. Van deze processtappen worden de risico's geïnventariseerd, gepriori-

teerd en verbetermaatregelen geformuleerd. Bij de inventarisatie van de risico's wordt geanalyseerd wat er mogelijk mis kan gaan in de processtap (dit is de faalwijze) en wat de mogelijk onderliggende oorzaken zijn. Vervolgens geven de deelnemers een score aan de ernst van de faalwijze en aan de frequentie van de

Sturen op verbetering van patiëntveiligheid in de acute-zorgketen

bijbehorende oorzaak. De vermenigvuldiging van deze twee scores resulteert in een risicoscore. Dit geeft inzicht in de hoogste risicoscores, die weer als input dienen voor het verbeterplan. Ruim 30 organisaties in Nederland gebruiken de HFMEA-light methodiek (Peters N. & Bakker F., 2014). De methodiek is ook bekend bij organisaties die acute zorg leveren. Toepassing van deze methodiek binnen de transmurale acute-zorgketen vindt echter nog niet plaats.

**Geïdentificeerde risico's**

In de pilot zijn twee PRI's uitgevoerd. Eén PRI is uitgevoerd op een wijziging in het landelijk protocol voor behandeling van CVA (cerebrovasculair accident)-patiënten. Elf professionals van een bestaande multidisciplinaire werkgroep voor de zorg voor CVA-patiënten namen deel aan deze PRI. De andere PRI richtte zich op het zorgproces bij de medicatieoverdracht in de acute-zorgketen. Bekend was dat hierin regelmatig incidenten plaatsvinden, maar inzicht in wat er nu mis gaat en wat bijbehorende oorzaken zijn, ontbrak. Voor deze PRI is een deelnemersgroep van vijf professionals samengesteld.

De PRI binnen de CVA-zorgketen leverde 14 geïdentificeerde risico's op en de PRI gericht op de medicatieoverdracht 15 risico's. De risico's die deelnemers noemden hadden te maken met:

- onvoldoende of verschillende opleiding van medewerkers (kennis en expertise);
- het gebrek aan ICT-mogelijkheden, haperende communicatie tussen ICT-systemen;
- afstemming tussen verschillende protocollen, werkinstructies of geen beschikbaar protocol (nieuwe werkwijze);
- miscommunicatie in de schriftelijke en

mondelijke overdracht van gegevens;

- risico's gericht op de organisatie, waaronder de personele inzet en beschikbaarheid van personeel voor de uitvoering van taken in het protocol.

**Wat levert het op?**

Uit de evaluaties van de pilot blijkt dat de deelnemers en bestuurders de uitvoering van de PRI in de transmurale acute-zorgketen als nuttig, zinvol, leerzaam, praktisch en constructief ervaren. Deelnemers gaven aan dat de PRI goed aansluit bij hun professionele kennis en betrokkenheid bij de zorg (intrinsieke motivatie). De gezamenlijke analyse van het daadwerkelijke zorgproces leidt tot inzicht in knelpunten en risico's in de acute-zorgketen. Knelpunten die de deelnemers ervaren worden door middel van de PRI zichtbaar en duidelijk door ze op papier te zetten. Hiermee worden deze knelpunten ook herkenbaar voor managers en bestuurders.

Deelnemers gaven verder aan dat er tijdens de PRI-bijeenkomst een gezamenlijk inzicht en bewustwording voor patiëntveiligheid in de acute-zorgketen ontstaat. Ook krijgen ze inzicht in elkaars werkwijzen, wat ieders taak/rol is in de keten en hoe deze op elkaar aansluit. Dit bevordert de samenwerking in de transmurale acute-zorgketen. Een verschil tussen de acute-zorgketen en samenwerking binnen één organisatie is dat professionals in de acute-zorgketen niet direct met elkaar werken zoals collega's binnen één organisatie. Iedere organisatie apart (ambulance, huisartsenpost of ziekenhuis) werkt volgens eigen sectorgebonden protocollen en standaarden. Bij het uitvoeren van een PRI leren professionals van verschillende organisaties elkaar beter kennen. Als onderdeel van de PRI wordt een gezamenlijk ver-

beterplan opgesteld in vervolg op de risicoanalyse. Het gezamenlijk bewustzijn voor risico's in patiëntveiligheid is een belangrijke eerste stap in het werken aan een patiëntveiligheidscultuur. Wanneer iedereen zich bewust is van de risico's, is de volgende stap dat zorgverleners elkaar ook gaan aanspreken bij onveilige zorg in de acute-zorgketen.

**Inspectie**

Deze bevindingen sluiten aan bij adviezen van de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ). De IGZ geeft aan dat niet de uitkomst, onveilige zorg, centraal dient te staan, maar juist het onveilige gedrag en hoe professionals en bestuurders elkaar daarop aanspreken (van Diemen-Steenvoorde et al., 2015). De PRI is een methode om de veiligheidscultuur te verbeteren. Door op een veilige manier informatie met elkaar te delen en verbeterpunten te benoemen, ervaren deelnemers van de PRI een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Doordat bestuurders inzicht krijgen in de patiëntveiligheidscultuur en -risico's in de transmurale keten, kunnen ze sturen op verbetering van patiëntveiligheid in de acute-zorgketen.

**Lessons learned**

Deze pilot laat zien dat de HFMEA-light een geschikte methode is om risico's in patiëntveiligheid in een transmurale acute-zorgketen in kaart te brengen. Ook bevordert de methodiek de patiëntveiligheidscultuur in de keten. Praktische aandachtspunten voor de planning, uitvoering en borging van de PRI in een transmurale keten zijn:

- Stel de deelnemersgroep samen met professionals vanuit de betrokken ketenorganisaties, zodat input vanuit alle organisaties wordt geborgd. Het totaal aantal personen dient niet te groot te zijn, bij voorkeur tussen de 6 en 8 deelnemers, om de PRI efficiënt uit te kunnen voeren.
- Verdeel het aantal professionals met verschillende achtergronden evenredig bij het samenstellen van de deelnemersgroep, zodat er evenwicht is in de keuze voor de meest risicovolle processtappen en het benoemen van faalwijzen en oorzaken.
- Voer de PRI uit binnen bestaande multidisciplinaire werkgroepen gericht op kwaliteitsverbetering in de acute-zorgketen. Borg en monitor de verbeteracties op management- en bestuurlijk niveau.
- Pas de risicoscore voor ernst en frequentie aan naar de doelgroep, zodat deze voldoende differentieert en passend is voor de acute-zorgketen.

- Voer de PRI uit met onafhankelijke procesbegeleiding zonder belangen in de keten. Procesbegeleiders zijn faciliterend en garanderen een veilige cultuur binnen de deelnemersgroep.

**Conclusie**

Bestuurders hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de acute-zorgketen. Dit vraagt dat ze medewerkers niet alleen de ruimte geven om een PRI in de acute-zorgketen uit te voeren, maar ook dat zij de keuze van een risicovol proces en het monitoren en borgen van het verbeterplan op de bestuurlijke agenda zetten. Een voorwaarde hierbij is dat het delen van informatie en het formuleren van verbeterpunten op een veilige manier gebeurt. De bestuurlijke verantwoordelijkheid ten aanzien van patiëntveiligheid in de acute-zorgketen moet zich nog verder uitkristalliseren. Het is aan bestuurders en professionals om de focus te verbreden van patiëntveiligheid in de eigen organisatie naar patiëntveiligheid in de transmurale acute-zorgketen. De PRI is een geschikte methode om vooruit te kijken naar risico's in de transmurale keten en hiermee patiëntveiligheid te bevorderen.

*Met dank aan: de projectgroep Patiëntveiligheid in de prehospital acute-zorgketen van Netwerk Acute Zorg Limburg en Acute-Zorgregio Oost. Dit onderzoek is mede mogelijk gemaakt door subsidie van ZonMw, projectnummer 515.500.009.*

**Literatuur**

Van Diemen-Steenvoorde R, Leistikow I, van der Tuijn Y. *IGZ promoot just culture*. Medisch Contact. 2015;38:1742-44.  
 Hesselink G, Schoonhoven L, Litjens M, van den Berg K, Kerckhoffs-Hanssen M, Dirx M, Berben S. *Patiëntveiligheid in de acute prehospital zorgketen*. Nijmegen: Acute Zorgregio Oost, 2016.  
 Lemmens K, Tanke M, Berg M. *Een veilige omgeving voor de patiënt: succes- en faalfactoren op bestuurdersniveau*. Den Haag: ZonMw, 2011.  
 Peters N, Bakker F. *PRI: van moeten naar willen. Ervaringen met de HFMEA-Light in de praktijk*. Q-consult; 2014.  
 Van Um I, Dingemans D. *HFMEA light: van zwaargewicht naar lichtgewicht*. Kwaliteit in Zorg. 2009;6:6-7.

**Informatie over de auteurs**

**Drs. Marie-José Litjens**, onderzoeker Acute Zorgregio Oost / senior adviseur Procesverbetering en Innovatie, Radboudumc. Marie-Jose.Litjens@Radboudumc.nl. **Dr. Miranda Dirx**, manager Netwerk Acute Zorg Limburg, Maastricht-UMC+. **Drs. Karin van den Berg**, manager Acute Zorgregio Oost, Radboudumc. **Dr. Sivera Berben**, senior onderzoeker Acute Zorgregio Oost / IQ healthcare, Radboudumc en associate lector, Kenniscentrum Duurzame Zorg / Lectoraat Acute Intensieve Zorg, Hogeschool Arnhem en Nijmegen. Sivera.Berben@azo.nl.

Veiligheidsstadium	0	1	2	3
<b>Omschrijving</b>	Nauwelijks begrensde individuele autonomie van professionals	Begrensde individuele autonomie	Begrensde <i>collective</i> autonomie voor teams (professionals en managers)	Teams met sterke <i>situational awareness</i>
<b>Bijbehorende foutmarge</b>	> 10 <sup>-1</sup> (<80% gaat foutloos)	10 <sup>-1</sup>	10 <sup>-2</sup>	<10 <sup>-3</sup>
<b>Kenmerken</b>	Medium- en hoog-risico processen erg onveilig			Maximaal veilige hoog-risico processen
<b>Veiligheids-cultuur</b>	Reactief	Interactief individueel	Interactief team	Proactief
<b>Rol bestuurder</b>	'Veiligheid is van de professional'	'Veiligheid staat op de agenda'	'Ik ben verantwoordelijk voor veiligheid'	'Veiligheid is mijn core business'
<b>Vertaling voor de zorg</b>	<b>Zorg als ambacht</b>	<b>De waakzame professional</b>	<b>Collectieve professionaliteit</b>	<b>High reliability zorg</b>

Figuur 1. Kenmerken van verschillende veiligheidsstadia (Lemmens et al., 2011)