

# Tijd voor verbinding

De volgende stap voor patiëntveiligheid in ziekenhuizen



Datum: 1 oktober 2018

## Inhoudsopgave

<b>MANAGEMENT SAMENVATTING 'TIJD VOOR VERBINDING'</b> .....	<b>4</b>
EEN AANMERKELIJKE EN BETEKENISVOLLE DALING OVER VIER JAAR.....	4
DRIE PIJLERS VOOR EEN BETERE PATIËNTVEILIGHEID .....	4
VAKMANSCHAP, VERBINDING EN VERTROUWEN VORMEN DE KERN.....	5
EEN BOTTOM UP BEWEGING VAN PROFESSIONALS, PATIËNTEN EN ZIEKENHUIZEN .....	6
<b>1 TIJD VOOR VERBINDING</b> .....	<b>9</b>
1.1 INLEIDING EN LEESWIJZER .....	9
1.2 DOELSTELLING VAN HET PROGRAMMA 'TIJD VOOR VERBINDING' .....	9
1.3 VAKMANSCHAP, VERBINDING EN VERTROUWEN VORMEN DE KERN .....	11
1.4 DE KADERS WAARBINNEN HET PLAN VAN AANPAK IS OPGESTELD.....	13
<b>2 PIJLER 1. VERDER BOUWEN AAN DE PATIËNTVEILIGHEID BIJ ANTISTOLLINGSZORG...</b>	<b>14</b>
2.1 INLEIDING EN LEESWIJZER .....	14
2.2 DE ANTISTOLLINGSZORG WORDT SNEL COMPLEXER EN DE UITDAGING VOOR PATIËNTVEILIGHEID GROTER .....	14
2.3 AMBITIE VOOR DE ANTISTOLLINGSZORG .....	14
2.4 VIER UITDAGINGEN IN DE ANTISTOLLINGSZORG .....	15
2.5 DRIE MOGELIJKE OPLOSSINGSRICHTINGEN VOOR DE ANTISTOLLINGSZORG.....	16
<b>3 PIJLER 1. VERDER BOUWEN AAN DE PATIËNTVEILIGHEID VOOR KWETSBARE OUDEREN</b> .....	<b>19</b>
3.1 INLEIDING EN LEESWIJZER .....	19
3.2 HET AANTAL KWETSBARE OUDEREN STIJGT SNEL EN TOCH KAN DE PATIËNTVEILIGHEID BETER.....	19
3.3 AMBITIE VOOR KWETSBARE OUDEREN .....	20
3.4 WAT KAN ER BETER IN DE ZIEKENHUISZORG VOOR KWETSBARE OUDEREN?.....	20
3.5 VIER OPLOSSINGSRICHTINGEN OM DE PATIËNTVEILIGHEID VOOR KWETSBARE OUDEREN TE VERBETEREN.....	22
<b>4 PIJLER 2. TIJD VOOR HET MULTIDISCIPLINAIRE GESPREK TUSSEN PROFESSIONALS ONDERLING EN MET DE PATIËNT</b> .....	<b>25</b>
4.1 INLEIDING EN LEESWIJZER .....	25
4.2 ER IS TE WEINIG TIJD VOOR HET ECHTE GESPREK TUSSEN PROFESSIONALS ONDERLING EN MET DE PATIËNT .....	25
4.3 DE AMBITIE VOOR HET VERBETEREN VAN HET MULTIDISCIPLINAIRE GESPREK.....	26
4.4 VIJF ONDERWERPEN TER VERBETERING IN HET GESPREK TUSSEN PROFESSIONALS EN MET DE PATIËNT .....	26
4.5 VIJF OPLOSSINGSRICHTINGEN VOOR EEN BETER GESPREK .....	29

<b>5</b>	<b>PIJLER 3. SAFETY II EN VEILIGHEIDSERGONOMIE.....</b>	<b>34</b>
5.1	INLEIDING EN LEESWIJZER .....	34
5.2	HET STANDAARD VEILIGHEIDSDENKEN ZIT AAN HET EINDE VAN DE MOGELIJKHEDEN .....	35
5.3	SAFETY II : VERGROOT HET AANPASSINGSVERMOGEN EN DE VEERKRACHT.....	35
5.4	DE HUIDIGE PROBLEMEN, DE BEPERKINGEN VAN HET SAFETY I DENKEN .....	36
5.5	VIJF OPLOSSINGSRICHTINGEN DIE INHOUD GEVEN AAN SAFETY-II .....	37
5.6	VIER JAAR ONDERZOEK EN INNOVATIE NAAR SAFETY-II VOOR DE TOEKOMST VAN PATIËNTVEILIGHEID .. .....	40
<b>6</b>	<b>DE NETWERKORGANISATIE PATIËNTVEILIGHEID.....</b>	<b>43</b>
6.1	INLEIDING: BALANS TUSSEN EIGEN VERANTWOORDELIJKHEID EN GEZAMENLIJKE AMBITIE.....	43
6.2	DE NETWERKORGANISATIE PATIËNTVEILIGHEID ZORGT VOOR EEN BOTTOM UP BEWEGING .....	43
6.3	VORMGEVING VAN DE NETWERKORGANISATIE PATIËNTVEILIGHEID .....	44
6.4	TOELICHTING OP DE VERSCHILLENDE ROLLEN EN DE GOVERNANCE VAN HET NETWERK.....	47
6.5	BENODIGDE FINANCIËLE MIDDELEN .....	48
<b>7</b>	<b>WAT GAAN WE GEZAMENLIJK DOEN OM DE AMBITIE TE REALISEREN .....</b>	<b>49</b>
7.1	PERSPECTIEF VOOR DE KOMENDE VIER JAAR.....	49
7.2	EERSTE SCHETS VAN DE ACTIVITEITEN VOOR DE KOMENDE JAREN .....	49
	<b>BIJLAGE 1. LOPENDE ACTIVITEITEN EN PROGRAMMA'S DIE DE PATIËNTVEILIGHEID BEVORDEREN (NIET LIMITATIEF).....</b>	<b>51</b>
	<b>BIJLAGE 2. GEVOLGD PROCES EN BETROKKENEN BIJ EXPERTGROEPEN .....</b>	<b>54</b>
	PROCES OM TE KOMEN TOT HET PLAN VAN AANPAK 'TIJD VOOR VERBINDING' .....	54
	BETROKKENEN BIJ DE VIER EXPERTGROEPEN.....	54

## Management Samenvatting 'Tijd voor Verbinding'

### Een aanmerkelijke en betekenisvolle daling over vier jaar

De FMS, NFU, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland en V&VN willen in vier jaar komen tot een aanmerkelijke en betekenisvolle daling van de potentieel vermijdbare schade en sterfte in de ziekenhuiszorg. De afwezigheid van potentieel vermijdbare schade blijft het ultieme doel. Tegelijkertijd zal dat binnen de complexe omstandigheden van de ziekenhuiszorg lastig te realiseren zijn. De eerste stappen om te komen tot een daling van de vermijdbare schade en sterfte zijn 10 jaar geleden ingezet met het VMS-programma. De volgende stap wordt gezet met het programma "Tijd voor Verbinding".

### Drie pijlers voor een betere patiëntveiligheid

Met de huidige aanpak is er nog een aantal mogelijkheden om de patiëntveiligheid verder te verbeteren. In het plan van aanpak is dit pijler 1. Daarin wordt verder gebouwd aan de verbetering van de patiëntveiligheid op basis van de bestaande methodiek voor kwetsbare ouderen en de antistollingszorg. Om de patiëntveiligheid duurzaam verder te verbeteren is het echter noodzakelijk de volgende stap te zetten in patiëntveiligheid, dit is Safety II. Het programma "Tijd voor Verbinding" combineert het veiligheidsdenken van nu met dat van de toekomst en richt zich op drie pijlers:

#### ***Pijler 1. Verder bouwen aan de patiëntveiligheid in de antistollingszorg***

Veel patiënten in ziekenhuizen gebruiken antistollingsmedicatie. Dat betekent dat verbeteringen op het gebied van antistolling een breed effect hebben. Het doel dat nagestreefd wordt is: een veilige antistollingszorg, volgens een zo veel mogelijk uniforme procedure, met als resultaat minder complicaties en een daling van de potentieel vermijdbare schade en sterfte. De patiënt moet daarbij voldoende regie op het proces hebben en goed geïnformeerd zijn over de behandeling en risico's (naar wens en vermogen van de patiënt).

#### ***Pijler 1. Verder bouwen aan de patiëntveiligheid voor kwetsbare ouderen***

Kwetsbaarheid, chronische ziekten en co-morbiditeit zorgen ervoor dat het risico op zorggerelateerde schade bij ouderen toeneemt. De zorg voor deze groep binnen het ziekenhuis en in de zorgketen of -netwerk is op teveel plekken nog niet optimaal. Om de patiëntveiligheid te verbeteren zou het zorgproces zoveel mogelijk georganiseerd moeten worden vanuit het perspectief van de patiënt en zijn omgeving. Hierbij is oog voor de aansluiting op, afstemming met en overdracht in de gehele zorgketen. Er is veel ontwikkeld voor veilige zorg aan kwetsbare ouderen dat nu geïmplementeerd kan worden. Focus op het toepassen in de dagelijkse praktijk is nu wenselijk.

### ***Pijler 2. Tijd voor het multidisciplinaire gesprek tussen professionals en met de patiënt***

De toenemende complexiteit van zorg en de groei van multimorbiditeit versterkt de roep om een betere communicatie en samenwerking, multidisciplinair, tussen professionals en met de patiënt. De volgende stap is een veiligheidscultuur van continu durven verbeteren. Tijd voor het echte gesprek is hiervoor de basis. Vertrouwen in de betrokkenheid en passie van de professional is nodig om als team goed te kunnen werken. Even belangrijk als het gesprek in multidisciplinaire teams is het gesprek tussen de professional en de patiënt. Uitgangspunt is dat dit een gelijkwaardige relatie is waarbij ieder wel een eigen rol heeft.

### ***Pijler 3. Safety II en veiligheidsergonomie***

De basis voor de patiëntveiligheid is gelegd in safety I. Wat bereikt kan worden met safety I zit echter tegen zijn grenzen aan. Een volgende stap op het gebied van patiëntveiligheid is safety II. Hierbij ligt de focus niet langer nadrukkelijk op dat wat fout gaat, maar op het vergroten en ondersteunen van het aanpassingsvermogen en de veerkracht ('resilience') van professionals in de context waarin zij werken. Safety II kiest voor een positieve benadering van veiligheid: veiligheid wordt onderzocht in haar AANwezigheid, in plaats van onderzoek uitsluitend naar fouten en dus AFwezigheid van veiligheid. Onderdeel van safety II is veiligheidsergonomie dat zich ten doel stelt patiëntveiligheid te bevorderen door ongewenste variatie in zorg- en werkprocessen te verminderen, en het zorgproces beter te ondersteunen, onder andere door inzet van technologische hulpmiddelen. Safety II en veiligheidsergonomie bieden veel kansen. Verder onderzoek, innovatie en pilots zijn nodig om de patiëntveiligheid op de lange termijn te verbeteren.

In het NIVEL rapport zijn meer concrete onderwerpen genoemd waarop verder gebouwd wordt, bijvoorbeeld medische technologie, medicatieveiligheid en diagnostiek. Hiervoor lopen al veel programma's die tot verbetering leiden, daarom gaat de aandacht in dit plan naar de antistollingszorg en kwetsbare ouderen.

## **Vakmanschap, verbinding en vertrouwen vormen de kern**

Het programma 'Tijd voor Verbinding' is gebouwd rondom drie kernelementen die in combinatie het inhoudelijk fundament vormen van alle activiteiten van het programma.

### ***Vakmanschap is de basis***

Het verstevigen van het vakmanschap van de professional is één van de kernelementen van het programma 'Tijd voor verbinding'. Doorgeschoten regeldruk, bureaucratie en registratie leiden professionals af van de bedoeling van de zorg. De oplossing zit niet in meer protocollen en registratie, dat holt het vertrouwen en enthousiasme alleen maar verder uit. Het gaat om het vertrouwen in de vakbekwaamheid van professionals, zodat ze samen met collega's veilige zorg kunnen leveren. Dit vraagt om leiderschap van alle betrokken professionals, specialisten en

verpleegkundigen/ verpleegkundig specialisten, om elkaar te ontwikkelen, te stimuleren en wanneer nodig aan te spreken.

### ***Verbinding is de sleutel***

De bestuurders en professionals zijn over het algemeen goed georganiseerd en hebben hun eigen verenigingen, commissies en overleggen over het verbeteren van de patiëntveiligheid. Het is echter nodig dat de onderlinge verbindingen meer worden gezocht. Er moet tijd zijn voor het echte gesprek tussen professionals, zodat zij van elkaar kunnen leren, samen kunnen innoveren en bij elkaar kunnen afkijken. Ook moet er ruimte zijn voor het gesprek tussen professionals en patiënten, zodat zij samen kunnen besluiten welke zorg het beste past. Daarnaast is het ook belangrijk om de verbinding te leggen en te houden met bestaande activiteiten en materialen die goed werken in de praktijk.

### ***Vertrouwen is noodzakelijk***

De zorg aan tienduizenden patiënten die dagelijks worden behandeld door professionals in de Nederlandse ziekenhuizen is gelukkig bijna altijd van hoge kwaliteit en gebeurt veilig. Helaas gaan er ook zaken mis. De aandacht die gaat naar de dingen die niet goed gaan is terecht. Maar in de focus op de dingen die niet goed gaan en de professionals die erbij betrokken zijn, zijn we doorgeschoten. Nog meer aandacht voor incidenten, nog meer afrekenen van individuele professionals en nog meer regels en registraties zijn niet de oplossing. Om dit tij te keren is vertrouwen van Inspectie en andere toezichthouders, zorgverzekeraars, politiek en media in de vakbekwaamheid, motivatie en passie van zorgprofessionals noodzakelijk, zodat er ruimte komt om meer aandacht te besteden aan de zorg voor de patiënt.

## **Een bottom up beweging van professionals, patiënten en ziekenhuizen**

Met het programma 'Tijd voor verbinding' initiëren de vijf brancheorganisaties een bottom up beweging van professionals, ziekenhuizen en patiënten die er naar streven gezamenlijk de patiëntveiligheid te verbeteren.

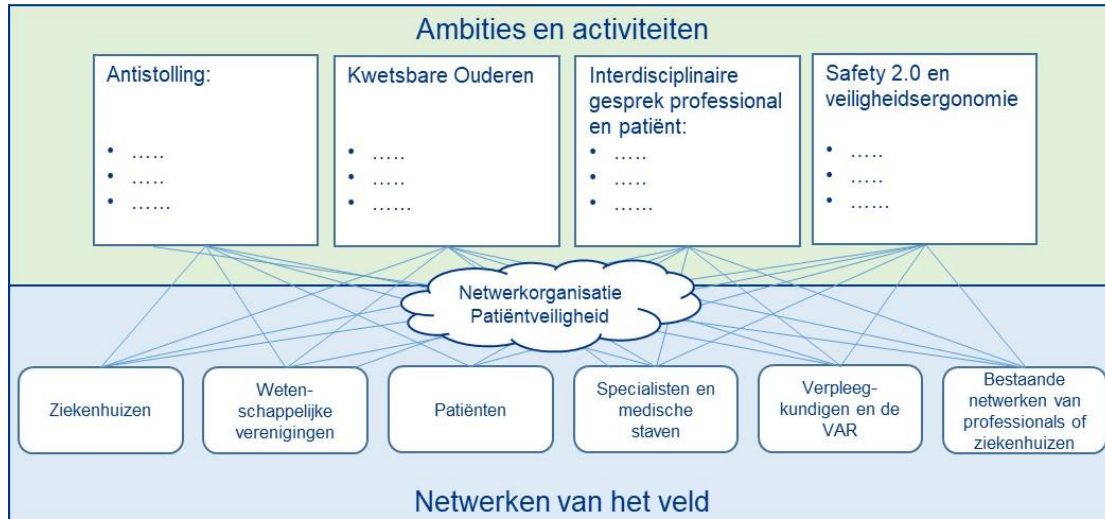
### ***Netwerkorganisatie patiëntveiligheid***

Voor het bouwen van de beweging richten de vijf brancheorganisaties de netwerkorganisatie patiëntveiligheid op. De netwerkorganisatie heeft de volgende 4 taken:

1. Professionals, ziekenhuizen en patiënten stimuleren, inspireren en enthousiasmeren
2. Bouwen en faciliteren van nieuwe en bestaande netwerken
3. Adviseren van professionals en ziekenhuizen bij patiëntveiligheidsprojecten
4. Stimuleren van innovatie en onderzoek naar patiëntveiligheid.

### ***Vormgeving van de netwerkorganisatie patiëntveiligheid***

De netwerkorganisatie ondersteunt de bottom up beweging van professionals en patiënten door inhoudelijke onderwerpen te verbinden met professionals en betrokken organisaties.



De netwerkorganisatie patiëntveiligheid bestaat uit drie onderdelen:

- Bestuurlijke opdrachtgevers. Zij zijn eindverantwoordelijk en geven sturing
- Regieteam. Dit team bestaat uit ongeveer 9 netwerkbouwers en 4 veiligheidsadviseurs
- Ambassadeurs. Professionals op de vier onderwerpen geven de inhoudelijke focus.

### ***De kaders voor het plan van aanpak en de komende jaren***

Bij de uitwerking van dit plan van aanpak hebben de koepels een aantal kaders en voorwaarden gesteld voor het maken van de plannen en het uitwerken van de oplossingsrichtingen.

- Het plan van aanpak mag niet leiden tot meer registraties of meer bureaucratie
- De plannen en oplossingsrichtingen mogen de zorgkosten niet verder laten stijgen
- De netwerkorganisatie patiëntveiligheid maakt geen blauwdrukken, veldnormen of toetsingskaders.

Dat betekent dat de oplossingsrichtingen niet de nieuwe veldnorm zijn waaraan alle huizen moeten voldoen en innovaties niet plat geslagen kunnen worden in nieuwe registraties om individuele professionals op af te rekenen. Deze vernieuwende aanpak heeft geen behoefte aan handhavingsinstrumenten (bijvoorbeeld door de IGJ) maar aan verbinding en vertrouwen.

### ***Inschatting van de kosten en planning***

De jaarlijkse kosten voor de netwerkorganisatie zijn geraamd op 5 miljoen euro per jaar. Gepland is om eind 2018 en begin 2019 te starten met de opbouw van de netwerkorganisatie patiëntveiligheid. Tot eind 2022 zijn de voornaamste activiteiten het verbinden van nieuwe en huidige netwerken van professionals, ziekenhuizen en patiënten, het verspreiden van de resultaten en het starten van het onderzoek naar safety II.

# Tijd voor verbinding

De volgende stap voor patiëntveiligheid in  
ziekenhuizen



## 1 Tijd voor verbinding

### 1.1 Inleiding en leeswijzer

De FMS, NFU, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland en V&VN (verder 'de zorgkoepels') zijn van mening dat om te komen tot een volgende stap voor patiëntveiligheid in de ziekenhuizen, gezocht moet worden naar andere effectieve verbetermogelijkheden. Met het programma 'Tijd voor verbinding' presenteren de zorgkoepels een plan van aanpak waarmee deze stap gezet kan worden.

De opzet van dit plan van aanpak is als volgt:

- In het eerste hoofdstuk wordt de doelstelling van het programma 'Tijd voor Verbinding' beschreven, de context waarin de doelstelling moet worden behaald en de visie op patiëntveiligheid
- Het tweede hoofdstuk Pijler 1. antistolling en het derde hoofdstuk Pijler 1. kwetsbare ouderen beschrijven voor beide onderwerpen de huidige problemen en de oplossingsrichtingen voor een betere patiëntveiligheid
- In het vierde hoofdstuk wordt voor Pijler 2. verder uitgewerkt hoe de patiëntveiligheid verbeterd kan worden door middel van het multidisciplinaire gesprek tussen professionals onderling en met de patiënt
- Het vijfde inhoudelijke hoofdstuk gaat over Pijler 3. en is een beschrijving van de kansen van Safety II en de wijze waarop nader onderzoek, innovatie en pilots op de lange termijn bijdragen aan verbetering van de patiëntveiligheid
- Het zesde hoofdstuk beschrijft de voorgestane organisatie: de netwerkorganisatie patiëntveiligheid stimuleert, initieert en enthousiasmeert netwerken van professionals, patiënten en ziekenhuizen die de verbetering van de patiëntveiligheid op zich nemen. Ook staat in dit hoofdstuk de begroting van de netwerkorganisatie
- Het zevende en laatste hoofdstuk beschrijft op hoofdlijnen de planning van de activiteiten voor de komende vier jaar.

### 1.2 Doelstelling van het programma 'Tijd voor Verbinding'

#### 1.2.1 Een aanmerkelijke en betekenisvolle daling over vier jaar

Op 28 november 2017 heeft het Nivel het rapport 'Monitor Zorggerelateerde Schade 2015/2016' gepresenteerd. De conclusie van het rapport was dat de potentieel vermijdbare schade in de ziekenhuizen tussen 2011/2012 en 2015/2016 niet verder is gedaald. De zorgkoepels voelen zich aangesproken door de resultaten. In april 2018 hebben zij daarom de minister laten weten dat zij de ambitie hebben om te komen tot een significante daling van de potentieel vermijdbare schade en sterfte. In juni 2018 heeft de Patiëntenfederatie Nederland zich hierbij aangesloten en is de ambitie verder aangescherpt: we willen over vier jaar komen tot een aanmerkelijke en betekenisvolle daling van de potentieel vermijdbare schade en sterfte.

De Zorgkoepels erkennen dat de afwezigheid van potentieel vermijdbare schade in de ziekenhuiszorg het ultieme doel blijft. Tegelijkertijd is dat een lastig te realiseren doelstelling. De geleverde zorg in ziekenhuizen is multidisciplinair mensenwerk, door gespecialiseerde professionals voor vaak hele zieke mensen, waarbij gebruik gemaakt wordt van ingewikkelde apparatuur. In deze complexe omstandigheden zal potentieel vermijdbare schade altijd op kunnen treden. Ondanks deze realiteit voelen we ook de morele verantwoordelijkheid om te streven naar '0'. De eerste cruciale stappen hierin zijn gezet in het VMS-programma dat ruim 10 jaar geleden is gestart en de resultaten daarvan waren zichtbaar in onder andere de Nivel onderzoeken. De volgende stap zal gezet worden met een programma dat zich richt op de verbinding tussen professionals onderling en organisaties, tussen praktijk en wetenschap, tussen zorgverleners en patienten. Het is "Tijd voor Verbinding".

### 1.2.2 De ambitie wordt gerealiseerd in een steeds complexer zorgveld

De ambitie voor verbetering van de patientveiligheid moet gerealiseerd worden in een tijd waarin de ziekenhuiszorg snel complexer wordt. De zorg wordt allereerst complexer door de dubbele vergrijzing: er zijn meer ouderen die ook nog eens ouder worden. De komende jaren zullen er dus veel meer patienten behandeld worden in ziekenhuizen. Daarnaast zorgt de krapte op de arbeidsmarkt ervoor dat met minder professionals, meer patienten behandeld moeten worden. Naar verwachting zal dan ook de werkdruk voor de professionals alleen maar toenemen.

#### ***Veilige zorg én lagere zorgkosten***

Ook het hoofdlijnenakkoord zorgt voor toename van de complexiteit. Alhoewel de zorgkoepels onderkennen dat dit een belangrijke afspraak is om de groei van de kosten van de zorg te kunnen beteugelen, zorgt het akkoord er ook voor dat de financiële druk in ziekenhuizen nog verder groeit. Tot slot, is de 'juiste zorg op de juiste plek' dé manier om patienten de zorg te geven op die plek waar de zorg het best en meest efficiënt is. Echter, hiervoor is keten- en netwerksamenwerking noodzakelijk en samenwerken blijkt niet alleen lastig te zijn, het kost tijd en juist aan tijd is nu al een gebrek.

De stijgende complexiteit in de zorg vergroot de uitdaging om te komen tot een verbetering van de patientveiligheid. Het risico is dat met het stijgen van de werk-, financiële-, en regeldruk onvoldoende tijd en aandacht beschikbaar is. De uitdaging voor de ziekenhuiszorg is om de geformuleerde ambitie te realiseren én tegelijkertijd met deze druk om te kunnen gaan.

#### ***ICT is een kans en een bottleneck***

De patientveiligheid is enorm gediend met ICT-systemen die real time en foutloos met elkaar kunnen communiceren. Helaas is hier op dit moment nog geen sprake van. Naast de werkdruk en registratielast leiden problemen bij gegevensuitwisseling tussen verschillende ICT-systemen vaak tot potentieel onveilige zorg voor patienten en frustraties bij zorgverleners. Naast de technische barrieres is er met de AVG ook een juridische barriere gecreëerd die de patientveiligheid onder druk zet. ICT biedt heel veel kansen om de patientveiligheid verder te verbeteren, maar wanneer de gegevensuitwisseling tussen ICT-systemen niet verbeterd, blijft één van de grootste patienten risico's bestaan. De vijf zorgkoepels zien hiervoor een rol voor de politiek door maatregelen te nemen waarmee ICT problemen structureel worden aangepakt.

### 1.2.3 Drie pijlers

In ziekenhuizen is de afgelopen jaren continu gewerkt aan het verbeteren van de patiëntveiligheid. In het rapport adviseert het Nivel dat er “gezocht moet worden naar effectievere verbetermogelijkheden”, waarbij “de focus in de toekomst zou moeten verschuiven van checklisten, protocollen en het registreren naar een proactieve patiëntveiligheidscultuur, intensievere communicatie en samenwerking tussen professionals, en resilience (aanpassingsvermogen professionals en veerkracht organisatieprocessen)”. De zorgkoepels herkennen dit advies. De vorige daling is mede bereikt dankzij het succesvolle VMS-programma dat liep tot 2013. Er zijn nog verschillende mogelijkheden om met de huidige veiligheidsmanagement programma’s verder te bouwen aan de patiëntveiligheid bijvoorbeeld bij antistolling en voor kwetsbare ouderen.

Tegelijkertijd lijkt met die huidige patiëntveiligheidsprogramma’s, gebaseerd op protocollen, richtlijnen en registratie, het plafond ook wel bereikt. Om de patiëntveiligheid duurzaam verder te verbeteren willen de vijf zorgkoepels de volgende stap zetten in patiëntveiligheid, dit is Safety II. Daarom combineert het programma “Tijd voor Verbinding” het veiligheidsdenken van nu met dat van de toekomst.

Het programma kent drie pijlers:

- Pijler 1. Verder bouwen op basis van de huidige verbetermethodes voor met name antistollingszorg en kwetsbare ouderen
- Pijler 2. Verbeteren van het multidisciplinaire gesprek tussen professionals en tussen professionals en patiënt
- Pijler 3. De ontwikkeling van Safety II en veiligheidsergonomie.

De drie pijlers worden in de volgende hoofdstukken van dit plan uitgewerkt als vier onderwerpen. In het Nivel rapport zijn natuurlijk meer relevante onderwerpen genoemd waarop verder gebouwd kan worden, bijvoorbeeld medische technologie, medicatieveiligheid en diagnostiek. Voor deze onderwerpen lopen echter al veel programma’s en de verwachting is dat de grootste verbetering gemaakt kan worden op het gebied van antistolling en kwetsbare ouderen.

## 1.3 Vakmanschap, verbinding en vertrouwen vormen de kern

Het programma 'Tijd voor Verbinding' is gebouwd rondom drie kernelementen die in combinatie het inhoudelijk fundament vormen van alle activiteiten van het programma.

### 1.3.1 Vakmanschap is de basis

Het verstevigen van het vakmanschap van de professional is één van de kernelementen van het programma ‘tijd voor verbinding’. Doorgeschoten regeldruk, bureaucratie en registratie dreigen professionals af te leiden van de bedoeling van de zorg. De oplossing zit niet in meer protocollen en registratie, dat holt het vertrouwen en enthousiasme uit. Het gaat om het vertrouwen in en erkenning van de vakbekwaamheid van professionals, zodat ze onder de beste omstandigheden samen met collega’s veilige zorg kunnen leveren. Hiervoor is een omslag gewenst in het denken over veiligheid, van een cultuur van verantwoording naar een cultuur van continu leren en verbeteren.

In het programma krijgt het vakmanschap onder andere vorm door het stimuleren van het gesprek en samenwerking tussen professionals onderling en met de patiënt. Dit vraagt om leiderschap van alle betrokken professionals om te ontwikkelen, te stimuleren en wanneer nodig elkaar aan te spreken. Het gaat hierbij om het medisch leiderschap van de specialisten, maar ook om de verdere ontwikkeling van het verpleegkundige leiderschap. De ontwikkeling van een team met gezamenlijkheid en verantwoordelijkheid is hierbij een belangrijke voorwaarde. Verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de zorg is immers niet iets dat naast de directe patiëntenzorg wordt gedaan. Het is een direct onderdeel van het vakmanschap van iedere professional. Het programma 'tijd voor verbinding' zorgt ervoor dat het vakmanschap weer als één van de belangrijkste elementen van veilige zorg wordt gezien.

### 1.3.2 Verbinding is de sleutel

De bestuurders en professionals zijn over het algemeen goed georganiseerd en hebben hun eigen verenigingen, commissies en overleggen over het verbeteren van de patiëntveiligheid. De vaak aanvullende visies, richtlijnen of afspraken, hebben de zorg de afgelopen jaren sterk verbeterd en de patiëntveiligheid vergroot. Het heeft echter ook geleid tot protocollen en richtlijnen die steeds minder aansluiten bij de dagelijkse praktijk, tot overleggen die te vaak alleen met de eigen vakgroep plaatsvinden in plaats van multidisciplinair met alle betrokken professionals en tot ziekenhuizen waarin teveel tijd wordt besteed aan het registreren, terwijl niemand meer weet waarom. Verder gaan op deze weg zal de patiëntveiligheid niet verder vergroten, integendeel.

Het is wenselijk dat de verbinding tussen professionals, ziekenhuizen, teams en patiënten meer wordt gezocht. Dat betrokkenen samen in gesprek gaan en kijken welke regels, protocollen en richtlijnen goed werken en welke aangepast kunnen worden. Dat specialisten en verpleegkundigen/ verpleegkundig specialisten met elkaar in gesprek gaan, niet alleen wanneer er iets niet goed gaat, maar juist om te bespreken hoe de zorg nog beter en veiliger gegeven kan worden. Dat er verbinding ontstaat tussen professionals in het hele land die met dezelfde onderwerpen bezig zijn. Dat ziekenhuizen van elkaars innovaties leren, in plaats van alles zelf uit te zoeken. Dat professionals en patiënten in een gelijkwaardige relatie tot elkaar staan, waarbij er wederzijdse erkenning is voor elkaars rol, positie en kennis. Het programma 'Tijd voor Verbinding' gaat stimuleren dat er verbindingen ontstaan tussen professionals, teams, ziekenhuizen en patiënten die van elkaar kunnen leren, samen innoveren en bij elkaar kunnen afkijken. Hierbij worden de bestaande structuren in de organisatie benut, zoals de cliëntenraad, verpleegkundige adviesraad en medisch staf/ stafconvent.

### 1.3.3 Vertrouwen is nodig

De zorg aan tienduizenden patiënten die dagelijks worden behandeld door professionals in de Nederlandse ziekenhuizen is gelukkig bijna altijd van hoge kwaliteit en gebeurt veilig. Helaas gaan er iedere dag in de Nederlandse ziekenhuizen ook dingen niet goed. De aandacht die gaat naar de dingen die niet goed gaan in de ziekenhuizen is terecht. Maar de focus op de dingen die niet goed gaan en de professionals die hierbij betrokken zijn, is doorgeschoten.

Deze aandacht leidt ertoe dat fouten worden uitvergroot, gekoppeld worden aan individuele professionals en soms leiden tot tuchtzaken. Te vaak is de reactie dat er nieuw beleid ontwikkeld wordt voor dat wat incidenteel niet goed ging. Ook gaat er teveel aandacht naar verantwoording vooraf (registratie) om potentiële fouten te voorkomen. Deze aandacht leidt tot een stijging van de werkdruk door registratielast, angst van professionals om individueel afgerekend te worden en vooral ook demotivatie omdat het hen afleidt van de bedoeling van hun vak.

In de zorg werken dagelijks honderdduizenden professionals die de beste zorg willen leveren aan de patiënt. Zij leveren die zorg in samenwerking met veel verschillende disciplines onder hoge tijdsdruk en aan ernstig zieke patiënten. In dit soort complexe omstandigheden zijn dingen die misgaan ongewenst, maar is het niet realistisch te verwachten dat het nooit gebeurt. Meer aandacht voor incidenten, meer afrekenen van individuele professionals, meer regels en meer registraties zijn niet de oplossing. Vertrouwen van Inspectie en toezichthouders, van zorgverzekeraars en van politiek en media in de vakbekwaamheid, motivatie en passie van zorgprofessionals is nodig om samen de volgende stap te kunnen zetten.

#### 1.4 De kaders waarbinnen het plan van aanpak is opgesteld

Bij de uitwerking van dit plan van aanpak hebben de koepels een aantal kaders en voorwaarden gesteld voor het maken van de plannen en het uitwerken van de oplossingsrichtingen.

- Het plan van aanpak mag niet leiden tot meer registraties, meer bureaucratie of meer indicatoren waaraan ziekenhuizen en professionals zich verplicht moeten houden, maar juist tot minder
- De plannen en oplossingsrichtingen passen binnen het huidige zorgstelsel en mogen de kosten niet verder laten stijgen
- De netwerkorganisatie patiëntveiligheid mag niet een 2<sup>e</sup> VMS-programma worden, die blauwdrukken over ziekenhuizen en professionals uitzet en monitort of iedereen zich er wel aan houdt.

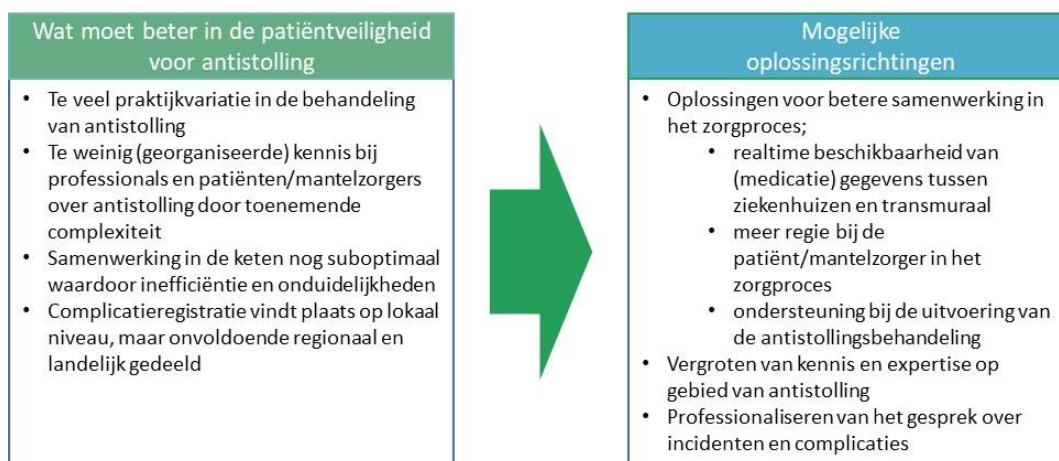
Dat betekent dat, de oplossingsrichtingen niet het nieuwe kader zijn waaraan alle huizen moeten voldoen, de innovaties van Safety II niet plat geslagen mogen worden door nieuwe registraties en monitoring van de voortgang niet bedoeld is om professionals of ziekenhuizen individueel te toetsen en af te rekenen. De vernieuwende aanpak in dit plan past niet goed bij het inzetten van handhavinginstrumenten (bijvoorbeeld door de IGJ) om de gewenste doelen te halen.

## 2 Pijler 1. Verder bouwen aan de patiëntveiligheid bij antistollingszorg

### 2.1 Inleiding en leeswijzer

Dit hoofdstuk beschrijft de uitdagingen die er op dit moment zijn op het gebied van de patiëntveiligheid voor de antistollingszorg en de mogelijke oplossingsrichtingen die er zijn om de veiligheid verder te verbeteren. In de tweede paragraaf worden de uitdagingen nader toegelicht, waarna in de derde paragraaf de ambitie voor antistollingszorg wordt beschreven. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de aanbevelingen geen blauwdruk zijn, maar de richting aangeven hoe professionals en ziekenhuizen de patiëntveiligheid voor antistollingszorg zouden kunnen verbeteren, passend bij hun eigen situatie.

De beschrijving van geconstateerde problemen en mogelijke oplossingsrichtingen laat zich als volgt samenvatten:



### 2.2 De antistollingszorg wordt snel complexer

Een groot aantal patiënten in de ziekenhuizen gebruikt antistollingsmedicatie. Samen met de anti-infectiva en middelen bij maligniteiten zijn de antistollingsmiddelen verantwoordelijk voor meer dan 50% van alle medicatie gerelateerde incidenten, blijkt uit de Monitor Zorggerelateerde schade 2015/2016. Dat betekent dat verbeteringen op het gebied van antistolling een breed effect hebben bij de verbetering van de patiëntveiligheid.

Tegelijkertijd wordt de antistollingszorg steeds complexer en mede daardoor wordt de verbetering van de patiëntveiligheid een steeds grotere uitdaging. Ten eerste komt dit doordat bij antistollingszorg vaak verschillende disciplines zijn betrokken: de huisarts, één of meerdere medisch specialisten, verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten, apotheker en de trombosedienst (VKA's). Deze noodzakelijke samenwerking is voor de patiëntveiligheid een risico. Daarbij komt dat vooral ouderen te maken hebben met polyfarmacie. Daarnaast is het inherent aan antistollingszorg dat de balans gevonden

moet worden in de hoeveelheid antistollingmedicatie, zowel te veel als te weinig kan leiden tot grote problemen. Dat is een opgave voor iedere professional. Tot slot blijkt het kennisniveau over antistolling bij betrokkenen sterk te wisselen, dit komt doordat lang niet alle professionals frequent met antistollingszorg te maken hebben. Daar komt bij dat er regelmatig nieuwe medicijnen worden geïntroduceerd, die telkens een ander behandelprotocol vragen. Juist door de complexiteit van de antistollingszorg zijn er ook veel mogelijkheden om de patiëntveiligheid verder te verbeteren.

Voor de volledigheid is het belangrijk op te merken dat er drie vormen van antistollingszorg zijn:

- Tromboseprofylaxe: preventieve behandeling voor symptomatische veneuze trombo-embolie
- Peri-procedurele antistolling: antistollingsbeleid bij patiënten die een procedure ondergaan
- Therapeutische antistolling: behandeling van een reeds aanwezige trombose.

### 2.3 Ambitie voor de antistollingszorg

De ambitie is te komen tot minder complicaties door een veilige antistollingszorg die gegeven wordt volgens eenduidige procedures. Hierbij is er samenwerking nodig tussen alle betrokken professionals op lokaal, regionaal en landelijk niveau. De patiënt heeft, naar wens en vermogen, daarbij voldoende regie op het proces en is goed geïnformeerd over de behandeling en bijbehorende risico's. Om dit te realiseren is de ontwikkeling van een goedwerkend antistollingszorg- en kennisnetwerk nodig op landelijk, regionaal en lokaal niveau, met de focus op leren en samenwerken, van belang.

#### ***Aanhaken bij lopende verbeterinitiatieven***

De afgelopen jaren zijn een drietal richtlijnen ontwikkeld en geïmplementeerd: de 'LSKA 1.0', de 'Leidraad begeleidde introductie nieuwe orale antistollingsmiddelen' en de LSKA 2.0. Op basis van de landelijke richtlijnen voor antistolling schrijven ziekenhuizen eigen protocollen. Veel ziekenhuizen hebben een antistollingscommissie en regio's zijn gestart met het opzetten van regionale overleggen. De beschikbaarheid expertkennis bij complexe stollingsproblemen geldt al voor alle academische en veel grote ziekenhuizen. Er gebeurt dus veel op het gebied van antistolling waar initiatieven en netwerken voor verdere verbetering op aan kunnen haken.

Een cruciale randvoorwaarde voor een goed functionerend kennis- en zorgnetwerk is ICT. Het begint bij de beschikbaarheid van juiste en complete informatie over de patiënt, de aandoening, de behandeling en in het bijzonder zijn medicatie. Op deze manier kan informatie over complicaties vanuit een antistollingsblad makkelijk uit het systeem gehaald worden.

### 2.4 Vier uitdagingen in de antistollingszorg

Een groot deel van de patiënten in de ziekenhuizen gebruikt antistollingsmedicatie. Dat betekent dat verbeteringen op het gebied van antistolling een breed effect hebben. Op vier onderwerpen in de antistollingszorg zijn er mogelijkheden de patiëntveiligheid verder te verbeteren:

- De praktijkvariatie tussen ziekenhuizen met betrekking tot antistolling
- Kennis bij professionals en patienten/mantelzorgers
  - antistollingsbehandeling wordt steeds complexer. Het is voor de niet-ingewijde professional steeds lastiger om tijdens de korte tijd die er per patiënt is, de protocollen erop na te slaan.
  - de patiënt/mantelzorger heeft op het gebied van de aandoening, behandeling, en medicatie niet alle kennis paraat
- De samenwerking in het netwerk rond de patiënt kan beter waardoor minder inefficiëntie en onduidelijkheden ontstaan bij de overdracht
  - medicatie gegevens zijn vaak niet bekend of incompleet bij binnenkomst van de patiënt in het ziekenhuis. Bovendien is de patiënt/mantelzorger zelf vaak onvoldoende op de hoogte.. Daardoor zijn zeker bij spoedprocedures gegevens niet altijd beschikbaar
  - een groot deel van de patiënten/mantelzorgers is onvoldoende op de hoogte van de reden, het juiste gebruik en de risico's van antistollingsmedicatie
- Complicatieregistratie vindt plaats op lokaal niveau, maar kan nog beter regionaal en landelijk worden gedeeld.

## 2.5 Drie mogelijke oplossingsrichtingen voor de antistollingszorg

Om een goed werkend antistollingszorg- en kenniswerk te realiseren is verbetering wenselijk op drie onderwerpen, te weten:

1. Oplossingen voor betere samenwerking in het zorgproces;
  - a. realtime beschikbaarheid van (medicatie) gegevens tussen ziekenhuizen en transmuraal
  - b. meer regie bij de patiënt/mantelzorger in het zorgproces
  - c. ondersteuning bij de uitvoering van de antistollingsbehandeling
2. Vergroten van kennis en expertise op het gebied van antistolling
3. Professionaliseren van het gesprek over incidenten en complicaties.

### 2.5.1 Oplossingen voor betere samenwerking in het zorgproces

#### **Realtime beschikbaarheid van (medicatie)gegevens tussen ziekenhuizen en transmuraal**

Hoewel het een oplossing voor de lange termijn is, is juist de antistollingszorg erg gebaat bij de 24/7 beschikbaarheid van (medicatie)gegevens van patiënten. Hiervoor moeten systemen gekoppeld zijn, zodat de overdracht van patiëntgegevens inclusief medicatie in de gehele zorgketen geregeld is. Dan is ook de historie van patiënten zichtbaar en is de kans op fouten in de antistollingsmedicatie veel kleiner.

Ook voor de korte termijn zijn enkele mogelijke oplossingen bedacht. De uitdaging hierbij is dat deze niet leiden tot een extra registratielast, dat is nadrukkelijk een onderwerp voor vervolg onderzoek.



- Medicatieverificatie bij iedere intake, opname en ontslag in samenspraak met de patiënt/mantelzorger en diens apotheek
- Herkenbaarheid inbouwen in de EPD's wanneer patiënten antistolling gebruiken
- Antistolling als screeningsvraag opnemen bij de stopmomenten of in een klinisch pad inbouwen in het EPD
- Bij elke controle en standaard op vaste momenten, zoals bijvoorbeeld bij opname, verpleging en ontslag, antistolling controleren.

### **Meer regie bij de patiënt in het zorgproces**

Een goed geïnformeerde patiënt/ mantelzorger heeft een belangrijke rol bij het bewaken van het antistollingsbeleid, die rol is mede door de vele overdrachten tussen professionals zo belangrijk. De ambitie is dat een patiënt/ mantelzorger zoveel mogelijk zelf de regie heeft op het zorgproces en goed geïnformeerd is over zijn antistolling behandeling en bijbehorende risico's.

Mogelijke oplossingsrichtingen en -ideeën om patiënt en mantelzorger die positie meer te geven zijn:

- Coördinatie op de informatie die uniform, betrouwbaar en begrijpelijk is voor patiënten en mantelzorgers
- Regionale expertisecentra waar de patiënt terecht kan voor vragen en informatie zo vormgegeven dat zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van de bestaande structuren
- Regelmatige controles gericht op risico-inventarisatie, controle nierfunctie (bij DOAC's), beantwoorden van vragen en het informeren van patiënten die niet meer door de Trombosedienst (Trombosedienst) worden gecontroleerd
- Patiënt/mantelzorger meer verantwoordelijkheid en control geven over eigen behandeling en eigen gegevens. De patiënt zou een zorgpas of antistollingspas bij zich kunnen dragen met daarop de meest actuele gegevens
- Goede bereikbaarheid van de casemanager/antistollingsteam bij vragen
- Duidelijk de indicatie en risico's op de verpakking van de medicatie vermelden.

### **Ondersteuning bij de uitvoering van antistollingsbehandeling**

Het beperken van de praktijkvariatie tussen ziekenhuizen is een belangrijke stap in het verder verbeteren van de patiëntveiligheid voor antistollingszorg. Dit kan bijvoorbeeld vormgegeven worden door in een zelfde regio gezamenlijk te werken aan eenduidig antistollingsbeleid. Daarnaast het uniformeren en vereenvoudigen van protocollen binnen de regio op basis van landelijke richtlijnen en een landelijk basis protocol. Hierdoor vermindert de regionale praktijkvariatie en is de kans op fouten bij overdracht kleiner.

Een andere mogelijkheid voor de uitvoering van de antistollingsbehandeling is om lokaal of regionaal (= ziekenhuis overstijgend) antistollingsteams op te richten voor vragen en advies voor professionals die niet frequent met antistolling te maken hebben. Deze teams kunnen ook helpen bij regionale antistollings MDO's en kunnen regionaal de verbinding met de trombosedienst leggen.

### 2.5.2 Vergroten van kennis en expertise op het gebied van antistolling

Het vergroten van het kennisniveau van professional en patiënt over antistollingszorg kan een belangrijke stap zijn in het vergroten van de patiëntveiligheid. Daarnaast kan de patiëntveiligheid verbeteren wanneer de professionals die minder frequent met antistollingszorg te maken hebben laagdrempelig ondersteuning kunnen vragen van een expert collega in de buurt. Vooral voor professionals buiten het ziekenhuis kan dit mogelijk van grote waarde zijn.

De mogelijkheden voor het vergroten van de kennis en expertise ligt op drie niveaus.

- Lokaal. Kan het interdisciplinaire gesprek gestimuleerd worden tussen antistollings professionals. Zo kan goed bekeken worden welke kennis voor welke patiënt groepen waar in het ziekenhuis ingezet kan worden
- Regionaal. Zouden antistolling professionals kennisnetwerken op kunnen richten voor het delen van kennis, verbetervoorstellen en best practices tussen de antistollingsteams. Daarnaast kan op regionaal niveau de uniformering van de protocollen opgepakt worden
- Landelijk. Mogelijkheden onderzoeken voor een kennisplatform voor professionals en patiënten. Ook kan op landelijk niveau het regionale kennisnetwerk gefaciliteerd worden.

### 2.5.3 Professionaliseren van het gesprek over incidenten en complicaties

Om patiëntveiligheid te verbeteren is het belangrijk te leren van incidenten en complicaties door multidisciplinair het gesprek over het antistollingsbeleid te voeren. Doel is om inzicht te krijgen in de verschillen en overeenkomsten binnen de regio en waar de problemen zich vooral voordoen. Daarnaast is het goed om op de Safety II manier naar het proces te gaan kijken en ook te kijken naar goede voorbeelden. Dit draagt bij aan veilige antistollingszorg in de gehele keten, met minder incidenten en calamiteiten.

De mogelijkheden voor het vergroten van de kennis en expertise ligt op drie niveaus.

- Lokaal. Hier kunnen de antistollingsdata verzameld worden op basis waarvan het multidisciplinaire gesprek tussen alle professionals gevoerd kan worden. Hierbij is het van belang dat complicatieregistratie door meerdere specialismes wordt ingevuld
- Regionaal. Op dit niveau kunnen in regionale kennisnetwerken de belangrijkste verbetervoorstellen worden besproken. Gezien het belang voor veilige antistollingszorg van de samenwerking in de zorgketen kunnen hiervoor dan ook huisartsen/ praktijkondersteuners en specialisten ouderengeneeskunde worden uitgenodigd.
- Landelijk. De regionale netwerken kunnen landelijk worden ondersteunt en data kan verzameld worden. Ook kan gekeken worden hoe de opleidingen verder verbeterd kunnen worden.

### 3 Pijler 1. Verder bouwen aan de patiëntveiligheid voor kwetsbare ouderen

#### 3.1 Inleiding en leeswijzer

Dit hoofdstuk beschrijft de problemen die er op dit moment bestaan op het gebied van patiëntveiligheid voor kwetsbare ouderen en de mogelijke oplossingsrichtingen die er zijn om de veiligheid verder te verbeteren. In de eerste paragraaf worden de problemen nader toegelicht, waarna in de tweede paragraaf de ambitie voor veilige zorg aan kwetsbare ouderen wordt beschreven. In de volgende paragrafen worden de mogelijke oplossingsrichtingen op steeds dezelfde manier uitgewerkt. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de aanbevelingen geen blauwdruk zijn, maar de richting aangeven hoe professionals en ziekenhuizen de patiëntveiligheid voor kwetsbare ouderen zouden kunnen verbeteren, passend bij hun eigen situatie.

De beschrijving van geconstateerde problemen en mogelijke oplossingsrichtingen laat zich als volgt samenvatten:



#### 3.2 Het aantal kwetsbare ouderen stijgt snel en toch kan de patiëntveiligheid beter

Het aandeel van kwetsbare ouderen bij (spoed) opnamen en poliklinische behandeling in de ziekenhuizen is groot en zal in de komende 15 jaar flink toenemen. Het aandeel zorg voor kwetsbare ouderen zal namelijk een steeds groter onderdeel van de ziekenhuiszorg gaan uitmaken. De herkenning van een kwetsbare oudere als patiënt met specifieke risico's tijdens een ziekenhuisopname en daarmee de noodzaak tot behandeling op maat is in het heden van groot belang om de veiligheid van deze doelgroep te verhogen en als ziekenhuiszorg ingericht te worden voor nog grotere patiëntaantallen. Daarom is extra aandacht voor deze kwetsbare groep essentieel.

In de toekomstscenario's van de gezondheidszorg nemen de gevolgen van de vergrijzing een centrale plaats in. De demografische ontwikkeling in Nederland zal leiden tot groei in aantallen van kwetsbare ouderen, een verhoging van het relatieve aandeel ouderen in het ziekenhuis en meer ouderen met een migratieachtergrond. Met het stijgen van de leeftijd neemt ook het aantal ziekten en chronische aandoeningen toe. Een afnemende conditie, cognitieve problemen, problemen op het sociale, psychische en/of functionele domein en comorbiditeit leiden vaker tot kwetsbaarheid bij oudere mensen.

Daarnaast blijkt dat het aantal spoedopnames op de SEH snel stijgt, omdat ouderen langer thuis blijven wonen en waarbij te laat of onvoldoende zorg/ toezicht kan worden ingezet in de thuissituatie. Uit de literatuur is bekend dat ouderen een verhoogd risico hebben op overlijden en achteruitgang van de functionele status tijdens ziekenhuisopnames. Kwetsbaarheid en behandeling door verschillende medische disciplines en zorgaanbieders zorgen ervoor dat het risico op zorggerelateerde schade toeneemt. Optimale afstemming en samenwerking in de gehele zorgketen en het zorgnetwerk (de juiste zorg op de juiste plek) kan leiden tot betere en veiligere zorg voor kwetsbare ouderen, die aansluit bij de wens en behoefte van de oudere.

### 3.3 Ambitie voor kwetsbare ouderen

Om de patiëntveiligheid voor kwetsbare ouderen te kunnen verbeteren is het van belang waar mogelijk, nog meer te redeneren vanuit de patiënt en zijn omgeving. De allereerste stap hierbij is voorkomen dat een opname van een kwetsbare oudere überhaupt nodig is, of dat in ieder geval spoedopnames worden voorkomen. Samenwerking over de traditionele lijnen heen is hierbij cruciaal. Door breder te kijken dan het eigen medisch specialisme kan zorg op maat worden geleverd en dit altijd vanuit het perspectief van de individuele kwetsbare oudere in zijn of haar specifieke situatie. Het is hierbij van belang oog te hebben voor de aansluiting in de gehele zorgketen en -netwerk, de eigenheid van de acute zorg in de ziekenhuizen en het zorgproces in poliklinische en klinische setting.

Er is in Nederland al veel ontwikkeld voor de doelgroep kwetsbare ouderen en veel ziekenhuizen zijn al sterk op weg, echter bestaande inzichten en beleid, richtlijnen en zorgpaden gericht op het belang van de patiënt en zijn omgeving kunnen nog beter worden benut. Samen kijken hoe dit beter kan is een belangrijke volgende stap.

### 3.4 Wat kan er beter in de ziekenhuiszorg voor kwetsbare ouderen?

#### 3.4.1 Beter overzicht van de totale problematiek van een oudere

De huidige zorg voor kwetsbare ouderen, zowel binnen de ziekenhuizen als in de bredere keten of zorgnetwerk, is nog steeds te gefragmenteerd. De zorg wordt vanuit historie veel rondom het eigen specialisme en de eigen afdeling georganiseerd, terwijl dwarsverbanden tussen specialismen en professionals juist belangrijk zijn voor een goede zorg aan kwetsbare ouderen. Een kwetsbare oudere heeft namelijk vaak multiproblematiek en bevindt zich op een moment in zijn of haar leven dat keuzes voor en effecten van behandeling anders zijn dan bij meer vitale patienten. Het handelen uit een enkelvoudig perspectief leidt ertoe dat kwetsbare ouderen nog te vaak niet de zorg op maat krijgen die nodig is én dat

nog onvoldoende regie wordt genomen vanuit een integraal perspectief op de zorgvragen van deze patiënt.

Op de SEH blijkt het vaak lastig de kwetsbare oudere centraal te stellen door een gebrek aan tijd, aandacht en kennis van kwetsbare ouderen. De doelstelling om patiënten snel door te laten stromen vanuit de SEH naar een afdeling zorgt er bijvoorbeeld voor dat ouderen rouleren langs meerdere afdelingen tijdens hun opname. Verplaatsingen in het ziekenhuis hebben echter vaak een negatief effect op de cognitie. Poliklinisch komen ouderen soms drie keer per week naar het ziekenhuis, doordat afdelingen los van elkaar werken. Dit betekent een zware belasting voor een kwetsbare doelgroep.

Uiteraard beperkt deze problematiek zich niet tot binnen de muren van ziekenhuizen. Ook in de behandeling door de hele zorgketen ontbreekt nog te vaak de regiefunctie. Hierdoor zijn niet altijd de juiste wensen en informatie uitgevraagd en vastgelegd, is de benodigde informatie niet beschikbaar in het ziekenhuis, mist de oudere in kwestie één vertrouwd aanspreekpunt 'met overview' en wordt hij/zij niet beschouwd met het totale plaatje aan problemen. In geval van calamiteiten kan het dan voorkomen dat een kwetsbare oudere onnodig in het ziekenhuis (bijvoorbeeld op de SEH) terecht komt en dat dan in het ziekenhuis ook niet de juiste informatie beschikbaar is over bijvoorbeeld reanimeren of valrisico.

### 3.4.2 Beter kennis voor herkenning, bejegening en behandeling

Meer dan de helft van de onbedoelde zorggerelateerde schade komt door een late herkenning van een vitaal bedreigde patiënt. Het herkennen van deze patiënt en het bepalen of een patiënt kwetsbaar is, gebeurt vaak nog te laat. Hierdoor wordt de juiste kennis over de kwetsbare oudere vaak te laat ingeschakeld en handelen professionals vanuit een onbewuste onbekwaamheid. Het effect hiervan is dat er bijvoorbeeld geen rekening wordt gehouden met valrisico, multipharma of risico op cognitieve schade zoals een delier. Daarnaast is het voor deze doelgroep nodig om vroegtijdig te bepalen welke intensiteit van de behandeling een oudere nog verder helpt of juist leidt tot potentieel vermijdbare schade.

Uit meerdere onderzoeken blijkt dat de basiskennis van zowel net afgestudeerde artsen of verpleegkundigen/ verpleegkundig specialist als ook ervaren specialisten nog op het vlak van herkenning, bejegening en behandeling van de kwetsbare ouderen beter kan. Voor na- en bijscholing van professionals zijn er voldoende modules beschikbaar over kwetsbare ouderen. Maar ook hierin blijkt het nog een veelal onbekend gebied hoe de kwetsbare oudere zelf de wereld ervaart.

### 3.4.3 Onvermogen om wensen en hulpvraag te achterhalen

Voor veel patiënten is het lastig om de goede vragen te stellen aan een zorgverlener of duidelijk te hebben wat wel of niet gewenst wordt en wat de eigenlijke hulpvraag is. In het geval van een kwetsbare oudere ligt dit nog complexer. De daadwerkelijke hulpvraag van een oudere wordt vaak niet achterhaald. Dit heeft enerzijds te maken met de kwetsbare situatie waar een oudere zich in bevindt en het respect dat deze doelgroep vaak nog heeft voor artsen. De kwetsbare oudere weet soms nog onvoldoende hoe invulling te geven aan de eigen rol en komt vaak te weinig voorbereid naar afspraken in het ziekenhuis. Dit leidt tot de situatie dat het samen beslissen over de vervolgstappen in een behandeling of überhaupt behandelen nog te vaak niet mogelijk is.

Anderzijds ligt hier vaak ook nog verbeterpotentie aan de kant van de arts of verpleegkundige of verpleegkundig specialist die eerder gericht is op het stellen van een diagnose of het 'beter maken' dan op de kwetsbare ouderen met eigen angsten, specifieke ongemakken of meerszijdige problematiek. De kwaliteit om de goede vragen te stellen en setting te creëren voor een oudere vraagt vaak nog om ontwikkeling. Daarnaast kan niet behandelen of beperkt behandelen soms dichterbij de wens van de patiënt liggen dan bij vitale patiënten. Deze cruciale patiëntinformatie op tafel krijgen is een gedeelde verantwoordelijkheid bij overdracht naar de 1<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup> lijn.

### 3.4.4 Onvoldoende onderling benutten van kennis en voorbeelden

De specifieke positie en zorg voor kwetsbare ouderen is niet nieuw. Door het hele land zijn verschillende goede initiatieven ten behoeve van kwetsbare ouderen die echter vaak te weinig bij andere ziekenhuizen bekend zijn om effect te hebben op het verbeteren van de zorg. Dit zijn soms vernieuwende voorbeelden, maar ook richtlijnen, protocollen etc. waar het ene ziekenhuis er al beter in slaagt om ze in te voeren dan de andere. Tussen ziekenhuizen vindt nog te weinig informatie-uitwisseling plaats om goede praktijken te delen. Binnen een ziekenhuis is altijd geriatrische kennis aanwezig, maar dit wil niet zeggen dat deze kennis zich ook verspreid binnen de ziekenhuizen. Elke arts heeft ervaring met kwetsbare ouderen, maar er wordt zelden tijd genomen om te reflecteren op voorbeelden. Ziekenhuizen, teams en artsen hebben de kennis over kwetsbare ouderen beschikbaar, maar deze wordt niet altijd goed benut. Het gezamenlijk reflecteren en het onderling geven van feedback op de behandeling van kwetsbare ouderen, over disciplines en ziekenhuizengrenzen heen, vindt nog onvoldoende plaats in de ziekenhuizen.

## 3.5 Vier oplossingsrichtingen om de patiëntveiligheid voor kwetsbare ouderen te verbeteren

### 3.5.1 Regiefuncties voor kwetsbare ouderen

Het inrichten van een regiefunctie voor kwetsbare ouderen biedt een mogelijkheid om oplossing te bieden aan verschillende uitdagingen in de praktijk, namelijk:

- Er is een enkelvoudig perspectief vanuit één medisch specialisme/hoofdbehandelaar, waardoor de patiënt soms meerdere keren per week naar het ziekenhuis moet voor verschillende aandoeningen en bepaalde zaken onvoldoende integraal worden bekeken
- Eenduidige regie op opnames vanaf de SEH het ziekenhuis in ontbreekt vaak. Keuzes worden soms gemaakt vanuit de beschikbaarheid van bedden in plaats van de draagkracht van de oudere. Hierdoor ligt een kwetsbare oudere soms op de verkeerde plaats en moet later overgeplaatst worden. De kans op vermijdbare schade neemt hierdoor toe.

Aanbevelingen:

- Lange termijn: Alle ziekenhuizen zijn ervaren in het bieden van zorg voor kwetsbare ouderen, juist bij deze groep staat de patiënt met de eigen zorgvraag centraal staat en wordt wanneer relevant zoveel als mogelijk multidisciplinair gehandeld.
- Korte termijn: het is belangrijk dat goed gekeken wordt per ziekenhuis hoe eerste triage/screening op kwetsbaarheid plaatsvindt en welke intensiteit van begeleiding en behandeling vervolgens nodig is

- Het kan hierbij helpen als organisaties een eenduidige definitie van kwetsbaarheid hanteren, op basis van leeftijd en aantal specialisten voor behandeling bij betrokkenen
- Verken ook het nut van een regiebehandelaar. Dit kan voor zowel poliklinisch als klinisch, waarbij toewijzing plaatsvindt op de SEH indien de oudere daar binnenkomt of bij het eerste (poli)klinische opname of consult vanaf het moment dat er een derde medisch specialist betrokken is. Dit kan de hoofdbehandelaar een verpleegkundige, een verpleegkundig specialist, een arts of anders zijn
- Verken de mogelijkheid om in het individuele behandelplan breed persoonlijk behandelwensen op te nemen.

Met betrekking tot de definitie van kwetsbaarheid leeft de overtuiging dat op lange termijn de focus op 'kwetsbaarheid' komt te liggen in plaats van op 'leeftijd' en dat een meer specifieke benadering nodig is voor kwetsbare patiënten met andere culturele achtergronden of een verstandelijke beperking.

### 3.5.2 Het verhogen van het kennisniveau over kwetsbare ouderen

De ambitie om het kennisniveau over kwetsbare ouderen te verhogen, komt voort de ervaring dat niet alle professionals voldoende basiskennis hebben over ouderen. Dit maakt de omgang met geriatrische vraagstukken lastiger maakt.

### 3.5.3 Samen beslissen door patiënt en professional

De kwetsbare oudere is nog vaak onvoldoende gesprekspartner, dit heeft verschillende oorzaken, namelijk:

- Professionals hebben niet altijd voldoende tijd om naar de oudere en het netwerk te luisteren en op basis daarvan samen te beslissen
- Kwetsbare ouderen kijken te snel naar de dokter, in de zin van 'u bent de dokter, zegt u het maar'
- Er zit verschil tussen het referentiekader van de arts/verpleegkundige/ verpleegkundig specialist en de beleving van de patiënt. Daar waar de medisch specialist/verpleegkundige/ verpleegkundig specialist neigt 'beter te maken' en zich te richten op een diagnose, kampt de patiënt veelal met angsten, specifieke ongemakken of andere vraagstukken die eigenlijk de aandacht vragen
- De patiënt weet onvoldoende hoe invulling te geven aan de eigen rol en komt vaak te weinig voorbereid naar afspraken in het ziekenhuis.

Aanbevelingen:

- Lange termijn:
  - samen beslissen vraagt dat professionals in co-creatie kunnen werken/ behandelen met de kwetsbare ouderen en het netwerk
  - zodat ze samen komen tot een betere behandeling door gezamenlijk te beslissen wat de nodige stappen zijn om te voldoen aan de hulpvraag van de patiënt
  - de patiënt wordt waar mogelijk geholpen om zo goed mogelijk voorbereid te zijn voor een behandeling en daarmee meer rol in te kunnen nemen ten opzichte van een arts

- Korte termijn:
  - de eigen doelen, verwachtingen en/of hulpvraag van kwetsbare ouderen zijn naast de reden van verwijzing, zoveel mogelijk bekend bij de behandelaars door dat er aandacht is voor het stellen van goede vragen aan collega's uit de 1<sup>e</sup> lijn en bij opname in het ziekenhuis zoveel mogelijk te starten met een check op de hulpvraag
  - het kan helpen goed te kijken wat voor kwetsbare ouderen de specifieke hulpvraag is om goed voorbereid aan te komen bij een consult

### 3.5.4 Samen leren en verbeteren door het benutten van praktijkvariatie

Van elkaar leren en daardoor verbeteren levert veel winst op. Helaas gebeurt dat nu nog te weinig en wordt de huidige variatie in de praktijk niet voor dit doel gebruikt. Een aantal voorbeelden hiervan zijn:

- Binnen het ziekenhuis is altijd geriatrische kennis aanwezig, maar dat wil niet zeggen dat deze kennis voldoende benut wordt binnen het ziekenhuis, danwel verspreid onder de ziekenhuizen
- Er zijn veel verschillende goede initiatieven ten behoeve van kwetsbare ouderen in het land die te weinig bekend raken bij anderen om de zorg echt te verbeteren.

#### Aanbevelingen

Om daadwerkelijk te komen tot het onderling delen en leren van elkaar en in Nederland een volgende stap te zetten voor kwetsbare ouderen zijn er voor praktijkvariatie drie niveaus:

- Binnen het team
- Binnen een ziekenhuis / tussen afdelingen
- Tussen ziekenhuizen.

Door focus te leggen op de drie verbetermogelijkheden kan op korte termijn vooruitgang worden geboekt.

Beoogd wordt de variatie binnen en tussen ziekenhuizen te benutten voor het verbeteren van de zorg:

- Verschillen in praktijk worden ingezet om te leren en te verbeteren.
- Het landelijke en regionaal inzichtelijk maken van voorbeelden hoe ziekenhuizen omgaan met kwetsbare ouderen:

	<i>Een regiefunctie</i>	<i>Verhogen Kennisniveau</i>	<i>Co-creatie met patiënt</i>
<i>Binnen vakgroep</i>	- Bijv. Individuele behandelplannen	- Bijv. Toepassing richtlijn en zorgpad Kwetsbare ouderen	- Bijv. wijze van uitvragen hulpvragen
<i>Tussen afdelingen</i>	- Bijv. geriatric verpleegkundige aanstellen	- Bijv. Omgang met medicatie	- Bijv. uitwisselen van uitnodigingsbrieven
<i>Tussen ziekenhuizen</i>	- Bijv. kennis uitwisseling SEH's	- Bijv. Inrichting van transmurale zorgbrug of bekostiging regiebehandelaar	- Bijv. methoden van voorlichting

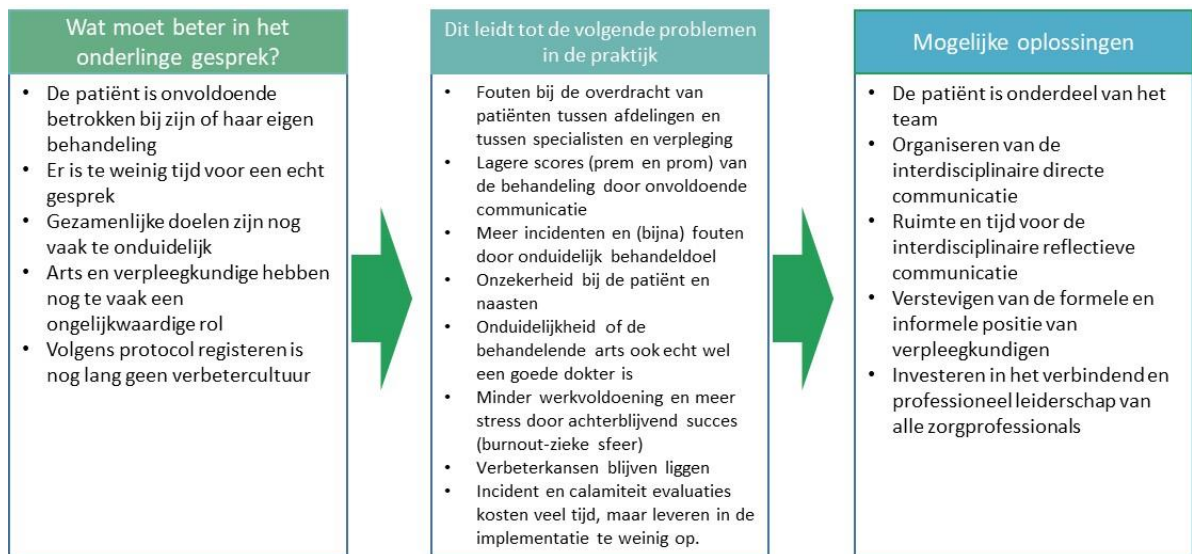


## 4 Pijler 2. Tijd voor het multidisciplinaire gesprek tussen professionals onderling en met de patiënt

### 4.1 Inleiding en leeswijzer

Dit hoofdstuk beschrijft de problemen die er op dit moment bestaan in het multidisciplinaire gesprek tussen professionals onderling en met de patiënt op het gebied van patiëntveiligheid en de mogelijke oplossingsrichtingen die er zijn om de veiligheid verder te verbeteren. In de eerste paragraaf worden de problemen en de ambitie op hoofdlijnen toegelicht. In de volgende paragrafen worden eerst de huidige problemen nader uitgewerkt. Daarna worden de mogelijke oplossingsrichtingen op steeds dezelfde manier beschreven. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de oplossingsrichtingen geen blauwdruk zijn, maar de richting aangeven hoe professionals en ziekenhuizen het multidisciplinaire gesprek tussen professionals onderling en met de patiënt zouden kunnen verbeteren, passend bij hun eigen situatie.

De geconstateerde problemen en mogelijke oplossingsrichtingen laten zich als volgt samenvatten:



### 4.2 Er is te weinig tijd voor het echte gesprek tussen professionals onderling en met de patiënt

De aard van zorg – met een veelvoud aan overdrachten – vraagt om veelvuldige afstemming tussen afdelingen en tussen specialisten en verpleegkundigen/ verpleegkundig specialisten. Afstemming waar vaak weinig tijd voor is. Uit de evaluatie van calamiteiten blijkt dat er regelmatig sprake is van geen of inadequaat overleg tussen zorgprofessionals. Onvoldoende communicatie leidt tot minder goede behandeluitkomsten; meer incidenten; onzekerheid bij de patiënt en naasten en afname van werkvolddoening bij professionals. Tegelijkertijd zien partijen dat de focus op het voorkomen van fouten, niet leidt tot een structureel multidisciplinair overleg over verbetering van de kwaliteit van zorg.

Een belangrijke conclusie van het NIVEL in het rapport Zorggerelateerde schade luidt dat: “*De focus in de toekomst moet verschuiven van checklisten, protocollen en registreren naar [onder meer] intensievere communicatie en samenwerking tussen professionals*”. Toenemende complexiteit van zorg en groeiende prevalentie van multimorbiditeiten versterkt de roep om een doorzetting van de intensivering van communicatie en samenwerking. In de P-D-C-A cyclus die in alle ziekenhuizen gehanteerd wordt, dient hiervoor ruimte te worden gegeven.

### 4.3 De ambitie voor het verbeteren van het multidisciplinaire gesprek

Om de patiëntveiligheid op de lange termijn verder te verbeteren is het noodzakelijk op een nieuwe manier naar patiëntveiligheid te kijken. De huidige veiligheidscultuur is teveel die van verantwoording en controle. De volgende stap is een veiligheidscultuur van continu durven verbeteren, tijd voor het echte gesprek en een werkelijke gedachtenwisseling is hiervoor de basis. De patiëntveiligheid kan verbeterd worden wanneer in multidisciplinaire teams professionals met elkaar in gesprek gaan over ontstane complicaties én over de geleverde zorg. Niet om individuen af te rekenen, maar om inzicht en begrip te krijgen voor de verschillen en zo met elkaar te komen tot verbeteringen. Vertrouwen in de betrokkenheid en passie van de individuele professional is de sleutel om als team goed te kunnen werken en de patiëntveiligheid zo structureel te kunnen verbeteren.

In het verlengde van het gesprek tussen professionals onderling ligt het gesprek tussen professionals en bestuur en professionals en stafmedewerkers. Ook voor het echte gesprek tussen professionals en bestuurders enerzijds en zorgverzekeraars, IGJ of ICT-leveranciers anderzijds, moet meer tijd worden genomen. Wederzijds onbegrip of onbekendheid leiden te vaak tot afspraken die in niemands belang zijn, meer tijd voor het echte gesprek op die plekken leidt op de lange termijn tot een hogere patiëntveiligheid.

Even belangrijk als het gesprek in multidisciplinaire teams is het gesprek tussen de professional en de patiënt. Uitgangspunt is dat dit een gelijkwaardige relatie is, waarin de patiënt zich onderdeel voelt van het team en de verschillende rollen erkend worden. Op die manier kunnen de wensen, verwachtingen en mogelijkheden werkelijk de plek in de behandeling krijgen die gewenst is.

### 4.4 Vijf onderwerpen ter verbetering in het gesprek tussen professionals en met de patiënt

#### 4.4.1 De patiënt is onvoldoende onderdeel van zijn eigen behandeling

##### ***Een gelijkwaardig gesprek tussen professionals en patiënten vraagt om extra aandacht***

In het gesprek met zorgprofessionals ervaren patiënten nog te vaak ongelijkwaardigheid. Met als gevolg dat behandeling voelt alsof het hen ‘overkomt’ in plaats van dat ze zelf ‘aan het roer zitten’. Om een gelijkwaardige partner te kunnen zijn in het gesprek met behandelaars heeft een patiënt toegang nodig tot relevante kennis en informatie. Dat is iets anders dan dat een patiënt het volledige kennisniveau van een professional evenaart. Dit is ook niet de opgave. Het gaat erom voldoende kennis te hebben om in controle te zijn over de eigen behandeling. Daarnaast is het belangrijk dat de patiënt het gesprek zelf ook

voorbereid. Voor een deel is dit te stimuleren door het goed aanbieden van patiëntvoorlichting; het beter toegankelijk maken van individuele medische gegevens; en professionals die de tijd nemen om uitleg te geven bij keuzes en afwegingen op een manier die aansluit bij het kennisniveau en behoeften van de individuele patiënt. Zodat de patiënt weet dat de individuele behoeften ook echt gehoord zijn.

#### ***De patiënt is onvoldoende betrokken bij het opstellen van het behandelplan***

Het blijkt dat individuele patiëntbehoeften nog steeds te weinig worden meegenomen in belangrijke beleidsbeslissingen. Dit komt onder meer omdat patiënten niet structureel gesprekspartner zijn in het opstellen van hun eigen behandelplan. 'Samen beslissen' krijgt veel aandacht en ontwikkelt zich, maar er zijn nog grote stappen te zetten. Hierbij is er, zeker bij oudere patiënten, te vaak een passieve behandelhouding: 'U bent de dokter, vertel me maar wat ik moet doen'. Inherent aan hun opleiding en expertise benaderen veel artsen patiënten nog vaak vanuit een 'geneesbril'. De sleutel ligt dan ook in de opleiding en nascholing, daar wordt begonnen met het veranderen en trainen van deze traditionele houding.

#### **4.4.2 Er is te weinig tijd voor een echt gesprek**

##### ***Een goed gesprek over het verbeteren van de patiëntveiligheid kost tijd, die tijd wordt er onvoldoende voor vrij gemaakt***

Een baan in een ziekenhuis betekent hard werken. Bij iedere patiënt worden door gebrek aan tijd prioriteiten gesteld, dit is inherent aan het vak. Bij het maken van keuzes met betrekking tot het indelen van de dagelijkse tijd blijkt overleg met collega's er vaak bij in te schieten. Een groeiende vraag, tekorten aan personeel, en toenemende roep om efficiëntie, spelen hierbij een grote rol. Het is belangrijk tijd voor gezamenlijk overleg te organiseren. Te vaak blijkt deze gesprekstijd er onvoldoende te zijn, met als gevolg dat professionals veelal niet of in eigen tijd aan management- of verbetertaken werken.

##### ***Het goede gesprek tussen professionals, ziekenhuizen, Inspectie en andere toezichthouders bevindt zich nog in de beginfase***

Evenals het Nivel adviseert om naar andere manieren van veiligheidsmanagement te kijken dan meer protocollen en registraties, lijkt die wens ook te bestaan bij de Inspectie en andere toezichthouders. Er blijkt een gedeelde behoefte om op een andere manier om te gaan met calamiteitenanalyses en verbetermaatregelen. Waarbij er meer focus ligt op het proces, dan de fouten van de individuele professional. Het gesprek hierover met het wederzijdse begrip over elkaars standpunt en rol moet gevoerd worden om gezamenlijk de richting te bepalen voor de veilige zorg van de toekomst.

#### **4.4.3 Gezamenlijke doelen zijn nog te vaak onduidelijk**

##### ***Het doel van de behandeling is vaak niet duidelijk voor de patiënt en bij collega professionals***

In de praktijk zijn doelen van behandeling soms onvoldoende concreet en specifiek geformuleerd en soms verschilt de doelstelling van de behandeling tussen de betrokken specialismes. Als ze er wel zijn, worden behandeldoelen niet altijd goed met patiënten gedeeld. Ook worden patiënten vaak simpelweg niet bevraagd op het doel dat zij hebben bij behandeling. Veel vaker vormt statistiek of de 'standaard praktijk' het uitgangspunt. Doordat het doel onvoldoende duidelijk geformuleerd en in het dossier opgeschreven is en er matig overleg is over het doel van behandelen binnen het zorgteam, gebeurt het dat professionals

na overleg toch met verschillende ideeën over de patiënt overgaan tot hun individuele taken.

### **Verkokering van teams en specialismen**

Bij het gesprek tussen professionals van verschillende disciplines blijkt dat 'de verkokering van zorg' een negatief effect heeft op de goede ontsluiting van informatie. Denk hierbij aan: gescheiden overdrachten; gescheiden statussen; en een patiëntendossier (EPD) met gescheiden bevoegdheden. Maar ook worden calamiteiten en incidenten veelal gescheiden besproken. Deze 'verkokering' wordt al vroeg in de carrière van een zorgprofessional ingebakken. Bij opleidingen en trainingen hebben artsen en verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten weinig gezamenlijk onderwijs. Omdat er in de praktijk nog veel sprake is van 'onbekend maakt onbemind' pleiten de zorgkoepels voor het beter vormgeven van intercollegiaal overleg gericht op versterking van gelijkwaardigheid in plaats van communicatie van taken en besluiten. Op het grensvlak van elke professe en discipline blijven daardoor te veel verbeterkansen liggen en risico's bestaan.

#### **4.4.4 Arts en verpleegkundige hebben nog te vaak een ongelijkwaardige rol**

##### ***De verpleegkundige rol is onontbeerlijk voor goede en veilige zorg, maar die positie hebben ze nog onvoldoende***

Wanneer professionals met elkaar in gesprek zijn, is er niet altijd sprake van gelijkwaardigheid. Verpleegkundigen en artsen hebben beiden hun specifieke expertise. De specifieke expertise van verpleegkundigen wordt echter niet altijd optimaal ingezet en zij geven aan dat ze zich in de samenwerking met artsen nog te vaak onvoldoende gehoord voelen. Erkenning en respect van elkaars rol en verantwoordelijkheden binnen een behandelteam tussen medisch specialisten en verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten is gewenst omdat alleen dan alle relevante informatie op tafel komt. Dit draagt ook bij aan de erkenning van ieders bijdrage en aan ieders werkplezier. Gebrek aan gelijkwaardigheid in het team vergroot de kans op misverstanden. Verpleegkundigen geven aan moeite te hebben om positie te krijgen, maar vinden het tegelijkertijd ook vaak lastig deze te pakken. De ontwikkeling komt dus van beide kanten.

#### **4.4.5 "Volgens protocol registeren is nog lang geen verbetercultuur"**

##### ***Verbeteren aan de hand van incident en calamiteit is niet hetzelfde als een verbetercultuur.***

Evaluatiegesprekken van incidenten en calamiteiten zijn standaard praktijk in alle Nederlandse ziekenhuizen. Deze gesprekken hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan de verbetering van de kwaliteit van zorg. Bij de behandeling van incidenten en calamiteiten zijn echter een aantal belangrijke verbeterpunten te noemen. Zo vindt de evaluatie van incidenten door artsen en verpleegkundigen en voor verschillende disciplines en afdelingen vaak gescheiden plaats. Er wordt vaak gekeken naar fouten van individuen in plaats van naar de context waarin de calamiteit is ontstaan. Maar misschien nog wel het belangrijkste probleem bij deze vorm van evalueren is dat verbetergesprekken enkel gevoerd worden wanneer iets mis is gegaan. Met als risico dat verbetermaatregelen ad hoc en slechts voor tijdelijke verbetering zorgen. Dit is fundamenteel anders dan structureel bezig zijn met het verbeteren van kwaliteit, waarbij elkaars risico's bespreekbaar zijn en deze veel sneller aangepakt kunnen worden.

***Het administreren van protocollen, richtlijnen en indicatoren kost veel tijd, terwijl de toegevoegde waarde voor patiëntveiligheid lang niet altijd wordt ervaren***

Een veelgehoorde klacht is dat het volgen van richtlijnen, protocollen en indicatoren veelal het afvinken van lijstjes betreft. Te vaak is de bedoeling van de lijstjes voor professionals onduidelijk en omslachtig. Een belangrijke oorzaak hiervan is dat richtlijnen en protocollen ook worden 'misbruikt' als toetsinstrument. De tijd die administratie vraagt van professionals is strijdig met de tijd voor een gesprek met de patiënt of intercollegiaal overleg. Leden van de expertgroep zien vaak dat het afvinken van een geprotocolleerde stap minder tijd kost dan het gemotiveerd afwijken van de richtlijn. Door gebrek aan eenduidige afspraken is het onduidelijk hoeveel ruimte er is om van richtlijnen af te wijken. Het gezamenlijk gesprek hierover ontbreekt. De rol van de leidinggevende zou hierin sterker kunnen worden neergezet. Ook ontbreekt het vaak aan terugkoppeling van de resultaten van de afvinklijsten.

#### 4.5 Vijf oplossingsrichtingen voor een beter gesprek

##### 4.5.1 De patiënt is een gelijkwaardige gesprekspartner

***Patiënt is onderdeel van het behandelteam waarin samen tot een behandelplan wordt gekomen***

Een belangrijke voorwaarde voor terugdringing van vermijdbare schade en het verbeteren van de kwaliteit van zorg is het beter betrekken van patiënten. Belangrijkste is de betrokkenheid van patiënten bij eigen behandeling. Stel gezamenlijk een behandelplan op en sta hier expliciet stil bij de doelen en individuele behoeftes van behandeling. Beperk deze doelen niet tot medisch criteria, maar kijk ook naar de zogenaamde 'uitkomsten van zorg'. Wat zijn bijvoorbeeld de ambities van een patiënt op het gebied van werk, sport, omgang met (klein)kinderen of algemene dagelijkse leefverrichtingen. Patiënten kunnen meer gestimuleerd worden na te denken over hun verwachtingen van de behandeling en aangemoedigd worden het gesprek hierover aan te gaan met de behandelaar. Het is belangrijk dat artsen zich bewust zijn van het verschil in kennisniveau tussen hen en de patiënt. Licht patiënten ook actief in over de effecten van behandeling, in het bijzonder bij het toedienen van medicatie. Daarnaast is het goed patiënten te betrekken bij bredere (afdelings)kwaliteitsanalyses.

*Mogelijke manieren om de patiënt meer te betrekken bij de verlening van zorg zijn:*

- het maken van een gezamenlijk behandelplan, waarin de patiënt duidelijk zijn behoeftes aangeeft
- De patiënt beter inlichten en begeleiden bij het gebruik van medicatie
- Patiënten betrekken bij de (kwaliteits-)analyses van afdelingen en het ziekenhuis als geheel.

##### 4.5.2 Organiseren van de multidisciplinaire directe communicatie

***Het versterken van het multidisciplinair gesprek begint met de mogelijkheid voor ontmoeting***

Daarvoor is tijd en directe aanleiding nodig. Gezamenlijke multidisciplinaire communicatiemomenten in de dagelijkse praktijk zijn hiervoor onmisbaar. Denk aan gezamenlijke overdrachten; een gezamenlijke dagstart; dagevaluaties in briefings en debriefings; en wekelijkse verwonder en feedbackmomenten. Op dit moment zijn op veel ziekenhuisafdelingen processen van vakgroepen en verpleegkundige teams veelal los van elkaar georganiseerd. Het multidisciplinaire gesprek wordt gecombineerd met het inzetten van

continue verbeteren door multidisciplinaire teams. Het meer synchroniseren van afdelingsprocessen, dienstroosters en overleggen, maakt dat professionals meer 'gelijk oplopen' dit maakt het eenvoudiger om (inhoudelijke) afstemming te organiseren. Daarnaast is het belangrijk om te herkennen dat de verpleegkundige moeilijk tijdens haar dienst haar agenda kan bepalen.

Dit voorstel heeft niet tot doel dat verpleegkundigen/ verpleegkundig specialisten en artsen 'alles samen overleggen'. Iedereen heeft zijn eigen rol en toegevoegde waarde. Maar wel belangrijk is dat op vaste sleutelmomenten in het proces en op de dag professionals multidisciplinair in de gelegenheid zijn elkaar te bevragen. Professionals met voldoende competenties en instrumenten om zelf snel en effectief verbeteringen door te voeren kunnen daar dan direct mee aan de slag. Het doel is niet te constateren wat er goed gaat, maar om met die constatering continu te verbeteren. Daarbij is het op dit punt erg belangrijk om per afdeling actief te communiceren wat processen en geldende gebruiken zijn. Zodat nieuwe medewerkers of bijvoorbeeld arts-assistenten die vaak voor korte duur op één plek werkzaam zijn snel opgenomen kunnen worden in het team.

*Mogelijkheden om de directe communicatie te verbeteren zijn:*

- Gezamenlijke multidisciplinaire overdrachten
- Gezamenlijke multidisciplinaire dagstart
- Waar mogelijk integreren van verpleegkundige en medische visites
- Gezamenlijke feedback en evaluatie in briefings en debriefings
- Gezamenlijk multidisciplinair visites lopen.

#### ***Verken per team en afdeling de behoefte aan een 'overlegcode' of 'spelregels voor overleg'***

Voor de organisatie van een 'goed multidisciplinair gesprek' is naast de gelegenheid ook de inhoud van het gesprek belangrijk. Soms is de cultuur er niet naar om het gesprek aan te gaan. Met de implementatie van een 'overleg- / aanspreekcode' of 'spelregels voor overleg' kan structureel op een veilige manier het gesprek worden gevoerd. De intensiteit van afstemming in de ziekenhuiszorg heeft spelregels nodig waarin iedereen erkend wordt en waarvan iedere professional de ratio kan volgen. De code beschrijft hoe professionals elkaar wensen aan te spreken, wanneer en hoe ze elkaar betrekken en hoe ze wensen samen te werken.

#### **4.5.3 Ruimte en tijd creëren voor de multidisciplinaire reflectieve communicatie**

#### ***Neem de tijd om multidisciplinair te bespreken waarom dingen goed gaan en continu te verbeteren***

De dagelijkse praktijk van zorg is hectisch en vaak gericht op het managen van ad hoc patiëntvragen en dagelijkse uitdagingen. Om tot duurzame structurele verbeteringen te komen is het belangrijk om multidisciplinaire reflectieve communicatie tussen artsen en verpleegkundigen te organiseren. Dit gaat om het organiseren van multidisciplinaire overleggen met een vaste frequentie, waarin niet de dagelijkse praktijk, maar overstijgende verbetermaatregelen aan bod komen. Het doel hiervan is continue te verbeteren. Denk hierbij aan het gezamenlijk ontwikkelen van samenwerkingscompetenties middels methodieken als Crew Resource Management of managementgames.

Veel winst valt te behalen door structureel en regelmatig met elkaar te praten over kwaliteit binnen een vakgroep, medische staf of behandelteam op basis van bestaande (kwaliteits)data, maar ook door gezamenlijke incidentenbesprekingen en verbetergesprekken aan de hand van PROMs en PREMs. Het doel is te constateren wat er goed gaat en wat beter kan. Anders blijft het bij de status quo. De ondersteuning vanuit kwaliteits- en veiligheidsmedewerkers bij deze besprekingen, de uitwerking en implementatie is van groot belang.

*Het versterken van de multidisciplinaire reflectieve communicatie tussen artsen en verpleegkundigen kan verbeterd worden door:*

- De samenwerkingscompetenties per discipline te versterken met teamtrainingen
- Gezamenlijke incidentenbesprekingen
- Codman presentatie met discussie over de resultaten en verbetermogelijkheden
- PREM/PROM presentaties maken, bespreken en verbeterstappen ontwerpen
- Organiseren van terugkoppelmomenten voor alle medewerkers naar aanleiding van calamiteitenonderzoeken.

#### ***ICT die het gesprek tussen professionals en met patiënten stimuleert***

Gebruiksvriendelijke systemen spelen een belangrijke rol bij goede samenwerking. De verbetering van patiëntendossiers vragen aandacht. Er is onder meer behoefte aan verbeteringen gericht op de mogelijkheid om één statusvoering te gebruiken. Waarbij eenheid van taal een belangrijke succesfactor is om misverstanden over bijvoorbeeld behandeldoelen te voorkomen. Hierbij is het belangrijk op te merken dat verpleegkundigen en artsen de mogelijkheid blijven houden om professioneel-specifiek te blijven communiceren. In de ziekenhuiszorg is de registratielast erg hoog.

Tegelijkertijd wordt de verzamelde data onvoldoende benut om gezamenlijk de praktijk van zorg te evalueren. Het is enerzijds belangrijk kritisch te kijken naar de wenselijkheid van individuele registraties en vergroting van het gebruiksgemak van invoerpagina's en alternatieven waarbij patiënten zelf rapporteren over parameters. Door deze specifiek voor aandoeningen en flexibel in te richten kunnen ze sneller worden aangepast op veranderingen in de praktijk. Anderzijds is er behoefte aan goede dashboards waarmee 'ingeklopte informatie' actueel wordt gerapporteerd. In het sturen op de harmonisatie van softwaresystemen ligt een belangrijke rol voor de overheid, maar het is ook wenselijk dat ziekenhuizen ervoor zorgdragen dat ze over voldoende datamanagers beschikken om naast beheer van systemen ook doorontwikkeling van gebruikersomgevingen en hulp bij praktijkanalyse te kunnen bieden.

Tot slot ervaren ziekenhuizen en professionals dat de afstand tussen hen en de ICT-leveranciers te groot is. Hierdoor krijgen wensen voor aanpassingen in software of applicaties geen prioriteit of lijken de mogelijkheden er in het geheel niet te zijn. Door in een vroegtijdig stadium gezamenlijk en multidisciplinair het gesprek aan te gaan met de ICT leveranciers kan die positie verbeteren. Dit voorkomt ook dat systeemfouten in de ICT een risico vormen voor de patiëntveiligheid.

*Verbeteren van effectieve registratie kan plaatsvinden door:*

- Kritisch te kijken welke registraties noodzakelijk zijn
- Meer gebruik maken van apps en vragenlijsten waarmee patiënten zelf kunnen rapporteren
- Vergroting van het gebruiksgemak van EPD-invoerpagina's door deze specifiek voor aandoeningen/zorgpaden in te richten
- De EPD invoerpagina's eenvoudiger aanpasbaar maken
- Ziekenhuizen die voldoende datamanagers organiseren om naast beheer van systemen ook doorontwikkeling van gebruikersomgevingen en hulp bij praktijkanalyse te kunnen bieden
- Praktijkdashboards op basis van geregistreerde data in te richten.

#### 4.5.4 Versterken van de formele en informele positie van verpleegkundigen

##### ***Het versterken van de positie van verpleegkundigen vraagt om een meevoudige oplossing***

Hierbij gaat het om het ontwikkelen van individuele vaardigheden van verpleegkundigen om hun expertise goed over het voetlicht te brengen in overleg met collega verpleegkundigen en artsen. Daarnaast is er de behoefte om de positie van verpleegkundigen institutioneel te versterken. Hiervoor zijn verschillende mogelijkheden, zo kan het helpen om in beleidsontwikkeling en besluitvormingsprocessen van het middenkader en management van ziekenhuizen meer 'Expert Verpleegkundigen' te betrekken. Deze kunnen in hun advies of medebesluitvormende positie een goede brugfunctie naar de praktijk vervullen. Daarnaast beschikken nog niet alle ziekenhuizen over een verpleegkundige adviesraad of is de verpleegkundige adviesraad niet goed gepositioneerd. Als het gaat om de koers van het ziekenhuis wordt tevens geadviseerd om de portefeuille 'ontwikkeling van de verpleegkundige zorg' bestuurlijk te beleggen.

Het versterken van de positie van de verpleegkundige begint in de opleiding. Meer aandacht voor het verpleegkundig leiderschap in de opleiding is nodig. Wanneer verpleegkundigen in multidisciplinaire teams het gesprek kunnen voeren en beschikken over voldoende competenties en instrumenten om zelf snel en effectief verbeteringen door te voeren, kan de patiëntveiligheid snel verbeteren. Daarnaast kan de multidisciplinaire samenwerking ontwikkeld worden door tijdens de opleiding gezamenlijk colleges en practica te organiseren voor studenten verpleegkunde en geneeskunde.

*Mogelijkheden om de positie en vaardigheden van verpleegkundigen/ verpleegkundig specialisten te versterken zijn:*

- Gezamenlijk uitvoeren van delen van de opleiding van verpleegkundigen en artsen
- Verpleegkundige adviesraad of verpleegkundig stafbesturen instellen die gelijkwaardig aan artsengremia te positioneren en daadwerkelijk in te zetten waarvoor de adviesraad bedoeld is
- Verpleegkundigen te vertegenwoordigen op bestuurlijk niveau door de portefeuille 'ontwikkeling van de verpleegkundige zorg' bij RvB's van ziekenhuizen te beleggen
- Zowel medische als verpleegkundige input meenemen bij de besluitvorming door RvB
- 'Expert Verpleegkundigen' inzetten in managementbesluitvorming en / of verpleegkundigen toe te voegen aan het management van afdelingen
- Leiderschap onder verpleegkundigen versterken door dit onderdeel al in de opleiding te implementeren zodat zij zelf ook meer grip krijgen op hun eigen vak, kansen durven te grijpen en zich uit durven te spreken



- Verdisconteren van de inzet van professionals op organisatie en kwaliteitsverbetering in de (DOT-) financiering van zorg
- Inrichten van 'Excellente Zorg'.

#### 4.5.5 Investeren in het verbindend en professioneel leiderschap (= niet management) van alle professionals

##### ***Een op samenwerking gerichte cultuur is gestoeld op verbindend professioneel leiderschap***

Leiderschapstraining tijdens opleidingen speelt hierbij een belangrijke rol, maar ook trainingsprogramma's binnen ziekenhuizen zijn belangrijk. Kernwoorden bij de inrichting van leiderschapsprogramma's zijn: rolbewustzijn, voorbeeldgedrag, aanspreken, gelijkwaardig overleggen, betrekken, professioneel en vertrouwen geven.

*Het creëren van een samenwerkingsgerichte cultuur voor alle professionals kan door:*

- Leiderschap, in de juiste zin, meer naar voren te laten komen in de opleidingen
- Trainingsprogramma's binnen ziekenhuizen in te richten waarin gefocust wordt op leiderschap.

##### ***Terughoudend met de inzet van verpleegkundige en specialistische ZZP-ers***

De bijdrage van een zorgprofessional valt niet te beperken tot het doen van 'een medisch kunstje, haar bijdrage en loyaliteit aan de organisatie is met het oog op continuïteit van zorg van groot belang. De vijf betrokken branche-organisaties zijn zeer bezorgd over de toenemende verzelfstandiging van verpleegkundig personeel in ziekenhuizen. Door de krapte op de arbeidsmarkt begint deze ontwikkeling ook voor medisch specialisten zichtbaar te worden. Met het oog op de waarborging van lange termijn kwaliteit van verpleegkundige teams en de multidisciplinaire samenwerking is dit een onwenselijke situatie.

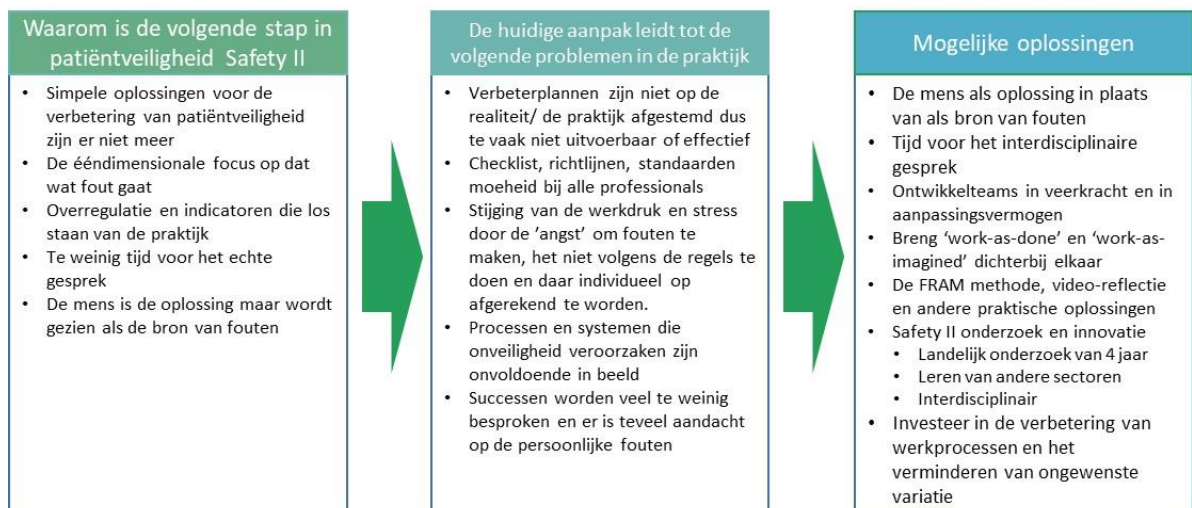
## 5 Pijler 3. Safety II en veiligheidsergonomie

### 5.1 Inleiding en leeswijzer

Dit hoofdstuk beschrijft de beperkingen van het huidige veiligheidsdenken en de mogelijke oplossingsrichtingen die Safety II biedt. In de eerste paragrafen worden de huidige veiligheidsmethoden toegelicht en wordt beschreven hoe Safety II hierop een uitbreiding en verrijking kan zijn. In de volgende paragrafen komen de beperkingen van het Safety I aan de orde. Daarna worden de mogelijke oplossingsrichtingen die Safety II en veiligheidsergonomie bieden nader uitgewerkt. Het hoofdstuk eindigt met een beschrijving van de opzet van het onderzoek en de innovatie die de komende vier jaar opgepakt zal worden. Hoewel Safety II en het multidisciplinaire gesprek twee aparte expertgroepen waren in het voorbereidende traject op het plan van aanpak, blijkt dat de onderwerpen elkaar raken, omdat (team)samenwerking en daarmee het intra- en multidisciplinaire gesprek een belangrijk onderdeel is van Safety II. Voor de diepgang expertgroepen bleek het heel waardevol beide onderwerpen apart te beschouwen. In de beschrijving van de oplossingsrichtingen is er echter een overlap tussen beide hoofdstukken.

Opgemerkt dient te worden dat de oplossingsrichtingen en de eerste opzet voor het onderzoek en de pilots voor Safety II geen blauwdruk zijn, maar de richting aangeven hoe professionals en ziekenhuizen met Safety II en veiligheidsergonomie om kunnen gaan, passend bij hun eigen situatie.

De geconstateerde problemen en mogelijke oplossingsrichtingen laten zich als volgt samenvatten:



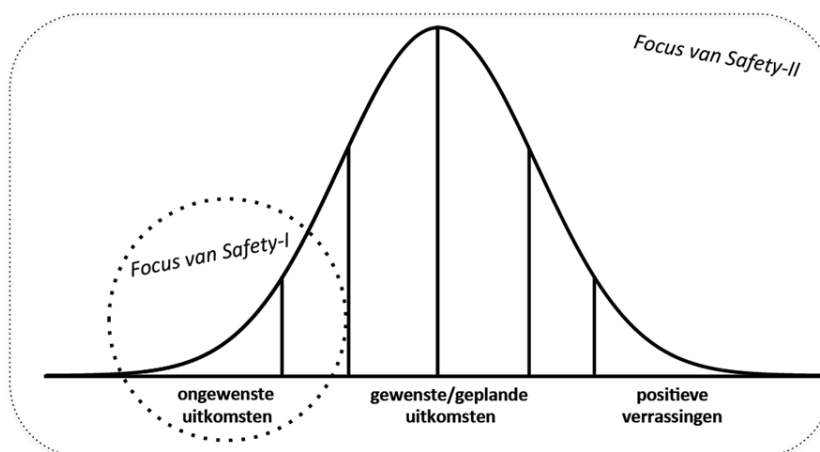
## 5.2 Het standaard veiligheidsdenken zit aan het einde van de mogelijkheden

De basis voor de patiëntveiligheid is gelegd in wat nu 'Safety I' heet. Een benadering van waarbij de focus ligt op de analyse van *on*veilige situaties. Het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen, kwaliteitsregistraties, incidentmeldingen en calamiteitenanalyses zijn daarvan goede voorbeelden. Hierdoor is de afgelopen 10 jaar de patiëntveiligheid enorm toegenomen en het aantal potentieel vermijdbare sterfgevallen in ziekenhuizen sterk gedaald. Het VMS Veiligheidsprogramma heeft hierin een belangrijke bijdrage geleverd. Wat bereikt kan worden op het vlak van patiëntveiligheid met Safety I zit echter tegen zijn grenzen aan. Er zijn nog een aantal laatste stappen die gezet kunnen worden (zoals bij antistolling of kwetsbare ouderen), maar nog meer controleren, protocolleren en registeren zal juist een *averechts* effect hebben op de patiëntveiligheid, omdat het een belemmerend effect heeft op de professional die invulling geeft aan de zorg voor de patiënt.

## 5.3 Safety II : vergroot het aanpassingsvermogen en de veerkracht

Een volgende stap op het gebied van patiëntveiligheid is Safety II en veiligheidsergonomie. Hierbij ligt de focus niet langer nadrukkelijk op dat wat fout gaat, maar op het vergroten en ondersteunen van het aanpassingsvermogen en de veerkracht ('resilience') van professionals om optimale prestaties te kunnen leveren in termen van effectieve én veilige zorg in de context waarin zij werken. Dat wat dagelijks goed gaat wordt zichtbaar gemaakt en verbeterd, daarvan wordt geleerd en dit wordt verder ondersteund en verspreid. Dit betekent overigens niet dat dingen die fout gaan uit het zicht worden gehouden, maar dat de 'Safety I blik' wordt uitgebreid en verrijkt. Onderdeel van Safety II is veiligheidsergonomie. Dit heeft als doel patiëntveiligheid te bevorderen door ongewenste variatie in zorg- en werkprocessen te verminderen, en het zorgproces beter te ondersteunen, onder andere door inzet van technologische hulpmiddelen.

De normaalverdeling van de uitkomsten van de alledaagse praktijk



Adapted from Hollnagel, E (2015).

De ontwikkeling van Safety II sluit aan bij de aanbevelingen in het Nivel rapport (Monitor zorggerelateerde schade, 2017): "Stimuleer een proactieve patiëntveiligheidscultuur, reflectie op eigen gedrag en veerkracht van de organisatie om te komen tot een high-reliability zorgsysteem" en "entameer onderzoek naar

factoren die de ontwikkeling van patiëntveiligheid naar een nieuwe fase kunnen brengen”. Tegelijkertijd wordt er gewerkt aan het verminderen van verstoringen en ongewenste variaties in het zorgproces die een te groot beroep doen op de weerbaarheid en flexibiliteit van professionals.

## 5.4 De huidige problemen, de beperkingen van het Safety I denken

### 5.4.1 Simpele oplossingen zijn al praktijk

Ziekenhuizen en zorgverleners hebben de afgelopen jaren doorlopend aandacht gehad voor, en stappen gezet om, de patiëntveiligheid te verbeteren. Dit is zeer succesvol geweest, maar zoals ook uit het Nivel rapport blijkt is het laag hangend fruit inmiddels geplukt. Daarbij komt dat de zorg steeds complexer wordt en dat er op technisch gebied steeds meer mogelijk is. Er komen meer oudere, kwetsbare patiënten door de vergrijzing en de zorg houdt niet meer op bij de muren van het ziekenhuis. Zorg wordt verplaatst naar de thuissituatie, of aangeboden in samenwerking met andere instellingen en zorgverleners. Dat vraagt van ziekenhuizen en zorgverleners dat zij op meerdere fronten tegelijk de risico's bewaken en beheersen. Dit gegeven, roept de vraag op in hoeverre de beperkte focus op onveilige situaties nog gaat zorgen voor een volgende verbeteringslag. Experts hebben de overtuiging dat relatief 'simpele' oplossingen voor de verbetering van patiëntveiligheid niet meer voorhanden zijn. Terwijl nog wel vaak wordt gedacht en gehandeld vanuit de gedachte dat het maken van het toevoegen van meer controles, richtlijnen en checklists de oplossing is. Het gaat er nu om weerbaarheid te vergroten en werkprocessen intrinsiek te verbeteren.

### 5.4.2 Een eendimensionale focus op 'dat wat fout gaat'

Zorgprofessionals ervaren een steeds grotere werkdruk die mede veroorzaakt wordt door een eendimensionale focus op 'dat wat fout gaat' en door onpraktische werkprocessen waar steeds meer druk op wordt gezet. De professional wordt teveel gezien als bron van medische fouten. Sommige professionals ervaren een 'afrekencultuur' of missen 'het vertrouwen in hun vakmanschap', dat zorgt voor het gevoel van druk, verplichting om te verantwoorden en beperking van autonomie. Bovendien worden de verwachtingen van patiënten en de maatschappij steeds hoger, wat de angst op falen alleen maar vergroot. De uitstroom van professionals uit de zorgsector is al groot, de druk die ontstaat door de angst om fouten te maken helpt niet om de uitstroom te verminderen.

### 5.4.3 Overregulatie en indicatoren die los staan van de praktijk

Ongewenste gebeurtenissen en uitkomsten van zorg leiden vaak tot het aanpassen of opstellen van (nieuwe) richtlijnen en protocollen.

Soms zijn richtlijnen en protocollen behulpzaam, maar overregulatie zorgt ervoor dat de professional zich onderdrukt en klem gezet voelt. Er ontstaat een soort checklist-, richtlijnen-, standaarden-moeheid bij professionals, omdat zij ervaren dat met de uitkomsten van al die checklisten te weinig wordt gedaan. Daarnaast geeft het een heel beperkt beeld van de zorg die werkelijk geleverd wordt.

Daarnaast is er een discrepantie ontstaan tussen de oorspronkelijke doelen van de richtlijnen en protocollen en de invulling hiervan in de praktijk. Indicatoren zijn invuloefeningen geworden. Er is geen tijd meer om het geregistreerde nog te evalueren en er gezamenlijk op te reflecteren. De indicatoren kloppen soms niet meer, omdat er na de initiële vaststelling van de indicator nog wel eens veranderingen in het proces worden doorgevoerd. Daardoor wordt er veel verzameld, maar wordt er lang niet altijd meer naar de meetresultaten gekeken. De werkelijkheid loopt vaak ook anders dan de protocollen (ook wel 'work-as-imagined' versus 'work-as-done' in de Safety-II theorie), waardoor de indicator niet altijd een juiste reflectie geeft van de sleutelfactoren van een proces.

#### 5.4.4 Te weinig tijd voor het echte gesprek

De tijd voor reflectie en het echte gesprek tussen professionals is te beperkt, waardoor verbetermogelijkheden worden gemist. De kracht van het team van professionals wordt hierdoor onvoldoende benut. Doordat er onvoldoende tijd is voor de multidisciplinaire samenwerking wordt het team in toenemende mate een verzameling van individuen, die elk individueel worden aangesproken bij fouten, calamiteiten en incidenten. Een gedeelde teamverantwoordelijkheid krijgt onvoldoende nadruk. De stijgende krapte op de arbeidsmarkt zorgt bovendien voor een sterke toename van dit probleem, vooral binnen de verpleegkundige beroepsgroep. Professionals moeten geholpen worden om ondanks de druk van productie en efficiency, ruimte te maken om naar kwaliteit te kijken, en dat is meer dan kijken naar wat niet goed gaat en alleen daar van proberen te leren. Professionals en ziekenhuizen kunnen met elkaar zorgen dat er voldoende tijd is voor reflectie in het multidisciplinaire team en de benodigde randvoorwaarden scheppen.

De mens is de oplossing, maar wordt gezien als de bron van fouten.

Er heerst nog een klassiek beeld dat de mens de bron is van fouten en het menselijk handelen zoveel mogelijk beperkt dient te worden door het proces in systemen te borgen. Professionals kunnen inderdaad fouten maken, maar veel vaker zijn ze tegelijkertijd de bron van oplossingen. De professional staat niet centraal, maar dit is wel de behoefte. Systemen moeten de professional ondersteunen in het werk; hen faciliteren om goede en veilige zorg te leveren onder de wisselende omstandigheden van alledag. Processen en systemen die onveiligheid in de hand spelen zijn onvoldoende in beeld. De intrinsieke foutgevoeligheid in werk- en zorgprocessen moet zo laag mogelijk zijn, zodat relatief simpele handelingen niet meer tijd en energie vergen dan noodzakelijk, en mensen hun unieke aanpassingsvermogen kunnen wijden aan de complexere en risicovolle handelingen.

#### 5.5 Vijf oplossingsrichtingen die inhoud geven aan Safety-II

De vijf oplossingsrichtingen die hieronder worden beschreven hangen nauw met elkaar samen en dienen ook op die manier beschouwd te worden.

### 5.5.1 De mens als oplossing in plaats van de mens als bron van medische fouten

In het denken over de aanpak van patiëntveiligheid moet een verandering plaatsvinden: de mens als oplossing in plaats van de mens als bron van medische fouten. In het nieuwe denken staat aandacht voor de mens als professional centraal – als essentiële bron van flexibiliteit - en niet de mens als productiefactor. Het gaat er om dat een teamverband ontstaat waarin zorgverleners zich vertrouwd en gehoord voelen, zodat ze zich vrij en uitgedaagd voelen om met elkaar in discussie te gaan over hoe ze van elkaar kunnen leren, dan wel van de dagelijkse praktijk. Belangrijk is een cultuur te creëren waarbij het team vanuit de gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt aangesproken op teamniveau en niet slechts elke professional op individueel niveau. Belangrijke ingrediënten in deze cultuur zullen onder andere zijn: samenwerking, aandacht voor de persoonlijke ontwikkeling van het individu, oprechte interesse en interactie tussen collega's en je kwetsbaar durven opstellen.

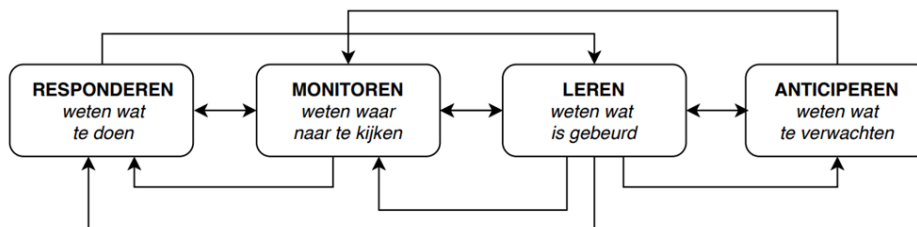
### 5.5.2 Tijd voor het multidisciplinaire gesprek

De oplossingsrichting waarin tijd wordt gevraagd voor het multidisciplinaire gesprek tussen professionals onderling en met de patiënt kent een grote overlap met de 2<sup>e</sup> pijler in dit plan van aanpak. Om de rijkheid van de discussie recht te doen, is ervoor gekozen deze overlap te behouden.

De multidisciplinaire samenwerking kan verder verbeterd worden door voldoende ruimte en tijd voor het multidisciplinaire reflectieve gesprek tussen de professionals en met de patiënt. Teveel wordt nog monodisciplinair besproken. Door gezamenlijke trainingen kunnen de samenwerkingscompetenties op de disciplines worden versterkt. Denk hierbij aan: spoedsituaties met elkaar oefenen, Crew Resource Management, gezamenlijke videobesprekingen en -analyses, managementgames. Op deze manier ervaren en voelen de professionals de meerwaarde van ieders rol. Ook kunnen er vaker gezamenlijke incidentenbesprekingen plaatsvinden en is winst te behalen door het samenvoegen van patiëntendossiers en behandelplannen, waardoor er één statusvoering wordt gebruikt door verpleegkundigen en artsen.

### 5.5.3 Ontwikkel teams in veerkracht en aanpassingsvermogen

In multidisciplinaire teams (waarin indien mogelijk een rol is weggelegd voor de patiënt) dient meer aandacht te zijn voor- en gewerkt te worden aan- veerkracht en aanpassingsvermogen ('resilience'). Daarvoor moeten de teams de onderstaande eigenschappen ontwikkelen en koesteren:



Op dit moment ligt de focus voornamelijk op het monitoren en responderen. Deze balans kan beter.

#### 5.5.4 Breng 'work-as-done' en 'work-as-imagined' dichterbij elkaar

Geredeneerd vanuit de constatering dat de hoeveelheid protocollen, richtlijnen en indicatoren alleen maar is toegenomen, is het nu tijd voor de omgekeerde beweging: het opschonen van protocollen, richtlijnen en indicatoren waarvan de bedoeling niet meer aansluit op de praktijk en vice versa. Daarnaast moet in nieuwe richtlijnen aandacht zijn voor de realiteit van de dagelijkse praktijk en de veerkracht en het aanpassingsvermogen van de professional. Doel is om de 'papieren werkelijkheid' en de alledaagse werkvloer beter bij elkaar aan te laten sluiten: protocollen dienen te ondersteunen en niet te compliceren, beperken of gebruikt te worden om af te rekenen.

Ook veiligheidsergonomie speelt een belangrijke rol door de risico's van architectuur, inrichting en processen die op zichzelf staand veilig en logisch zijn in de ondersteuning van de dagelijkse praktijk, in kaart te brengen. Het gaat er hier uiteindelijk om de intrinsieke veiligheid van zorg- en werkprocessen te vergroten. Dat kan door ongewenste variaties en frustraties te verminderen en door de inzet van technologie. Op die manier wordt een overbelasting van de weerbaarheid en veerkracht van professionals voorkomen, zodat zij hun focus kunnen leggen op de specifieke zorg die een patiënt nodig heeft. Dan wordt voorkomen dat kwaliteitsregistraties als een enorme last ervaren worden. Er dient kritisch gekeken te worden welke registraties echt noodzakelijk zijn om de kwaliteit en veiligheid van de zorg zichtbaar te verbeteren. Daarnaast is het belangrijk dat de uitkomsten van de registraties, ook door de professionals worden gezien en dat zij het eigenaarschap kunnen pakken om aan de slag te gaan met deze resultaten. Als de professionals zien wat het oplevert geeft registreren geen last.

#### 5.5.5 De FRAM methode, video-reflectie en andere praktische oplossingen

Scandinavische ziekenhuizen zijn reeds enige tijd aan de slag met het toepassen van Safety II en veiligheidsergonomie in hun klinische praktijk, bijvoorbeeld door het gebruik van de FRAM methode waarmee processen kunnen worden gevisualiseerd en bestudeerd. Ook in Nederland is steeds meer onderzoek beschikbaar waaruit blijkt dat deze methode behulpzaam is voor het verbeteren van de patiëntveiligheid. Daarnaast wordt onder andere met video-reflectie gekeken naar de veiligheidsergonomie. Processen worden in kaart gebracht die op zichzelf logisch en veilig zijn, maar in combinatie de kans op fouten vergroten.

Praktische voorbeelden en tools zijn:

- Video-reflectie: een gezamenlijke, constructieve reflectie op het eigen handelen (MUMC en Mayo Clinics) / Beelden aan bed (UMCU)
- FRAM (Functional Resonance Analysis Method) antistolling (LUMC)
- Patiëntveiligheidsspel (ETZ)
- Debriefing in de geboortezorg (Tergooi Ziekenhuis)
- Excellente Zorg (V&VN).

## 5.6 Vier jaar onderzoek en innovatie naar Safety-II voor de toekomst van patiëntveiligheid

### 5.6.1 Voortbouwen op de kennis van luchtvaart en chemie

Hoewel Safety II vrij uitvoerig theoretisch is beschreven, staat de vertaling naar de klinische praktijk nog aan het begin. Internationaal wordt de beweging als zeer kansrijk gezien en omarmt als volgende stap om risicovolle complexe werkomgevingen veiliger te maken. In de gezondheidszorg wordt met deze methode nu geëxperimenteerd in Denemarken, Noorwegen, Engeland en Australië. De Noorse onderzoeksgroep heeft recent een grote nationale subsidie verworven om onderzoek te doen naar 'resilience' in de zorg. In andere sectoren met risicovolle en complexe werkomgevingen zoals de petrochemische industrie en de luchtvaart wordt Safety II inmiddels op bredere schaal toegepast om het veiligheidsdenken te moderniseren. Voor de Nederlandse zorg is dit een innovatiepad dat in de komende vier jaar opgezet wordt om geleidelijk een verandering in de ziekenhuiszorg te realiseren middels onderzoek en innovatie en pilot projecten.

### 5.6.2 Safety II onderzoek en innovatie

Investerings in Safety II zorgen ervoor dat de verdere verbetering van patiëntveiligheid ook naar de toekomst toe bestendig kan worden. Daarom wordt gekeken welke processen ziekenhuizen en afdelingen kunnen inzetten om te leren van de alledaagse praktijk en hun vermogen tot 'resilience' (aanpassingsvermogen en veerkracht) te ondersteunen. In het onderzoek wordt betrokken dat Safety II mogelijk ook een positief effect heeft op een aantal andere belangrijke uitdagingen van de zorg:

- De mogelijkheden voor de arbeidsmarktproblematiek: door het centraal stellen van het perspectief van de werkvloer voelen professionals zich meer erkend en gewaardeerd in hun werk
- Safety II gaat in op de regeldruk: nut en noodzaak van richtlijnen, protocollen en kwaliteitsregistraties worden opnieuw bekeken met als doel de papieren en werkelijke praktijk naar elkaar toe te brengen
- De methode geeft taal en richting voor het omgaan met de steeds complexer wordende ziekenhuiszorg en poogt te versterken waardoor 'het goed gaat' in plaats van analyse van uitzonderingen.

In Safety II staat de werkvloer met autonomie en praktijkkennis centraal. Onderzoek dient zich dus te richten op én met professionals en teams. Patiënten kunnen onderdeel uitmaken van de verschillende teams; ook zij moeten een rol krijgen in de onderzoeken. Ziekenhuizen die Safety II principes in hun praktijk willen toepassen hebben behoefte aan praktische sturing. Daarom is het belangrijk dat de onderzoeken ook duidelijk beschrijven wat nodig is om dit in de praktijk toe te passen, bijv. in termen van benodigde ruimte, tijd of mankracht. Hoe organiseer je dat in verschillende afdelingen of ziekenhuizen en wat zijn cruciale factoren? Gezien de belangrijke rol van lokale context zullen de resultaten van onderzoek eerder als een kompas dan als een uniforme routebeschrijving dienen.



### 5.6.3 Eerste inhoudelijke schets van onderzoek naar Safety II in de Nederlandse zorg

De hoofddoelstelling van meer onderzoek naar Safety II in de Nederlandse zorg is om na te gaan hoe deze andere benadering de gezondheidszorg het beste kan verbeteren. Het ondersteunen van professionals om goede én veilige zorg te leveren onder de wisselende omstandigheden van alledag ('resilient' presteren) heeft de potentie zowel de veiligheid als effectiviteit van zorg te verbeteren.

In aansluiting op de vier hoekstenen van 'resilience' kan gedacht worden aan onderzoek naar:

#### **Verbeteren van leervermogen**

- Hoe kan geleerd worden van de alledaagse praktijk? Kunnen – bijvoorbeeld de door Safety I geïdentificeerde – kritieke zorgprocessen hiervoor als onderwerp dienen? Of moet de blik juist gericht worden op 'het gewone'. Immers, informele competenties zijn van cruciaal belang voor de veiligheid, maar vallen veelal buiten het blikveld omdat ze zo alledaags zijn. Leren van wat goed gaat wordt zo aangevuld met leren van het gewone (exnovatie).
- Hoe kan calamiteitenonderzoek beter uitgevoerd worden? Zou een calamiteit bijvoorbeeld een trigger kunnen zijn voor een onderzoek naar het proces in de alledaagse praktijk volgens de Safety II principes? Hoe verhouden de verbeterpunten die voortkomen uit een Safety II analyse zich tot die uit Safety I analysemethoden, zoals FRAM versus PRISMA of SIRE?
- Kan Safety II helpen om professionals weer meer eigenaar te laten zijn van hun eigen vak, zoals wordt gedaan bij verpleegkundigen in het Excellente Zorg programma van V&VN? Kunnen bijvoorbeeld FRAM modellen van zorgprocessen worden uitgewisseld of zijn de functies in de modellen generaliseerbaar te maken zodat enkel de details lokaal nader onderzocht dienen te worden?

#### **Verbeteren van alledaagse werkprocessen (anticiperen en responderen)**

- Hoe kunnen zorgverleners beter uitgerust worden om veilige zorg te leveren? Bijvoorbeeld door continue te werken aan het vermogen om te anticiperen en reageren/responderen op verschillende omstandigheden in de alledaagse praktijk?
- Hoe kan Safety II helpen om de richtlijnen en protocollen en de alledaagse praktijk ('work-as-imagined' en 'work-as-done') dichterbij elkaar te brengen, zodat verwachtingen en processen op de werkvloer meer op elkaar aansluiten?
- Hoe wordt teamwork in de zorg verbeterd? Kunnen Safety II principes of methoden zoals FRAM modellen van multidisciplinair teamwork en video-reflectie, hierbij helpen?
- Hoe kunnen onpraktische werkprocessen herkend worden, welke vaardigheden zijn nodig om deze ter verbeteren en zo de veiligheid intrinsiek te bevorderen?

#### **Verbeteren van monitoring**

- Hoe meet je of de kwaliteit hierdoor daadwerkelijk verbeterd? Hoe ontdek je of door interventies beter wordt gefunctioneerd?
- Welke kwantitatieve en kwalitatieve uitkomsten zijn hiervoor geschikt, zoals bijvoorbeeld ziekenhuis- of afdelingsuitkomsten zoals sterftcijfers, patiëntuitkomsten zoals tevredenheid, of professional-gerelateerde uitkomsten zoals cultuurverbetering in teams, minder ziekteverzuim en uitval.

### **5.6.4 Eerste schets van de opzet van het onderzoek**

De FMS, NFU, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland en V&VN zijn van mening dat het herhalen van de aanpak van patientveiligheid niet vanzelfsprekend zal leiden tot een volgende gewenste verbetering. De zorgkoepels zien veel potentie in deze innovatieve, opkomende en onderscheidende benadering en het uitwerken van praktische en effectieve instrumenten om daar mee aan de slag te gaan. Beoogd wordt dat verschillende ziekenhuizen lokaal aan de slag gaan met deze nieuwe aanpak, maar ook samenwerken om kennis en ervaringen uit te wisselen en grotere studies mogelijk te maken. Voor dit innovatie traject is een financiële ondersteuning nodig die gedurende vier jaar onderzoeken en pilots mogelijk maken. De reservering hiervoor bedraagt 1 miljoen euro per jaar.

Vanzelfsprekend zal hiervoor een uitgebreide onderzoeksopzet worden uitgewerkt en met de betreffende subsidiërende instantie (bijvoorbeeld Zon-MW) worden besproken en door hen getoetst. Daarin kunnen de volgende activiteiten een plaats krijgen:

- Onderzoek naar safety II en de vierhoekstenen van resiliënce
- Innovatie trajecten om de toegevoegde waarde van Safety II en veiligheidsergonomie in de praktijk te testen
- Pilots waarin het safety II denken en veiligheidsergonomie in de praktijk kunnen worden getoetst
- Oprichting van een onafhankelijke commissie die het onderzoek, de innovatietrajecten en pilots toetst tbv financiering.

## 6 De netwerkorganisatie patiëntveiligheid

### 6.1 Inleiding: balans tussen eigen verantwoordelijkheid en gezamenlijke ambitie

De ambitie om te komen tot een betekenisvolle en aanmerkelijke daling van de potentieel vermijdbare schade en sterfte in de ziekenhuiszorg is een collectieve verantwoordelijkheid van alle ziekenhuizen en professionals in Nederland. Deze ambitie vraagt om een goede organisatorische ondersteuning. Zo'n ambitieuze doelstelling wordt immers niet vanzelf behaald en vraagt een grote inzet en betrokkenheid van alle professionals en organisaties in de ziekenhuiszorg.

Hierbij wordt een balans gevonden tussen enerzijds de wijze waarop invulling wordt gegeven aan het realiseren van de doelstelling, die voor professionals 'eigen' is en past bij de lokale situatie van de professionals en ziekenhuizen en anderzijds ook aansluit bij de gezamenlijke verantwoordelijkheid om stappen vooruit te zetten en elkaars expertise te gebruiken. Door de ondersteuning als een netwerk te organiseren kan die gewenste balans worden gevonden. In een netwerk ligt de verantwoordelijkheid voor de activiteiten bij de professionals en bestuurders van ziekenhuizen, en de stimulering, verbinding en inspiratie bij de netwerkorganisatie.

### 6.2 De netwerkorganisatie patiëntveiligheid zorgt voor een bottom up beweging

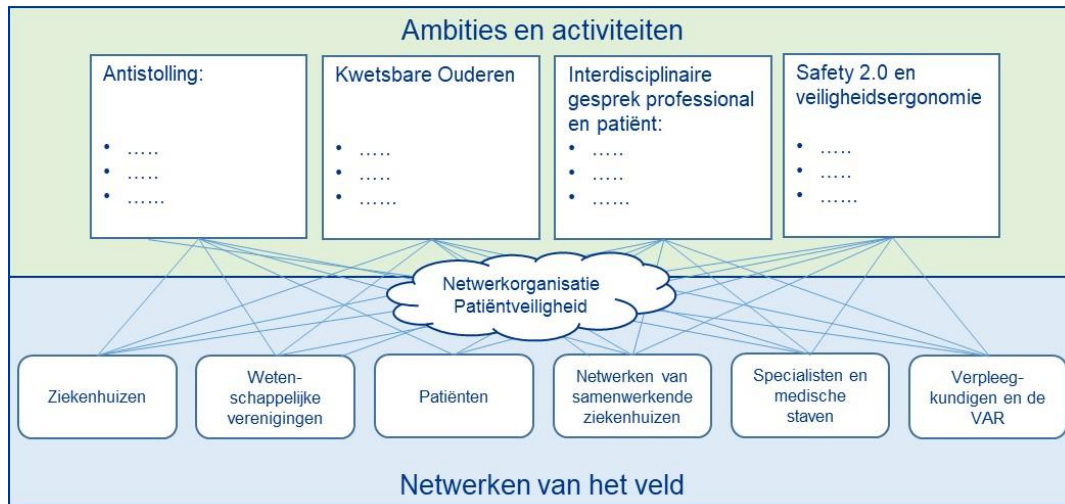
Het doel van de netwerkorganisatie patiëntveiligheid is om bottom up een beweging van en tussen professionals, ziekenhuizen en patiënten op gang te brengen die gezamenlijk de patiëntveiligheid kunnen verbeteren. De basis hiervoor wordt bottom up door ziekenhuizen, professionals en patiënten zelf geïnitieerd en gestimuleerd. Echte verbetering komt immers alleen tot stand als het veld zelf de regie en verantwoordelijkheid neemt en zorgt dat deze aansluit bij de dagelijkse praktijk. Het is dus niet de bedoeling dat er een tweede VMS programma opgetuigd wordt, waarbij de inhoud, de tools en de activiteiten worden ontwikkeld door een landelijke organisatie. De netwerkorganisatie stimuleert, verbindt en inspireert, ze werkt bottom up waarbij de verantwoordelijkheid voor de invulling en de activiteiten bij de professionals en de ziekenhuizen zelf liggen.

De netwerkorganisatie patiëntveiligheid heeft de volgende 4 taken voor de komende vier jaar:

- Professionals, ziekenhuizen en patiënten bottom up stimuleren, inspireren, aanjagen en enthousiasmeren om patiëntveiligheid verder te verbeteren
- Bouwen en faciliteren van nieuwe en bestaande netwerken van professionals, ziekenhuizen en patiënten die van elkaar leren en elkaar inspireren
- Adviseren (inhoudelijk en procesmatig) van professionals en ziekenhuizen wanneer ze hulp bij hun patiëntveiligheidsprojecten kunnen gebruiken
- Stimuleren van innovatie en onderzoek naar patiëntveiligheid.

### 6.3 Vormgeving van de netwerkorganisatie patiëntveiligheid

Onderstaand figuur geeft de rol en plek van de netwerkorganisatie weer.



#### 6.3.1 Organisatie van de netwerkorganisatie patiëntveiligheid

De netwerkorganisatie patiëntveiligheid bestaat uit drie onderdelen:

- Bestuurlijke opdrachtgevers:
  - dragen de eindverantwoordelijkheid voor alle activiteiten
  - zorgen voor de bestuurlijke verankering in de vijf branches
  - geven sturing en opdrachtverlening aan het regieteam
  - koppelen terug over de voortgang richting de minister
- Regieteam:
  - bottom up stimuleren, inspireren, aanjagen en enthousiasmeren van professionals en ziekenhuizen
  - bouwen en faciliteren van netwerken
  - adviseren en ondersteunen (inhoudelijk en procesmatig) van professionals en ziekenhuizen
  - stimuleren van innovatie en onderzoek
- Ambassadeurs (professionals) op de vier inhoudelijke pijlers:
  - geven de inhoudelijke focus op de vier onderwerpen
  - bewaken de inhoudelijke voortgang
  - inspireren collega's om mee te doen aan de netwerken
  - geven de inhoudelijke richting aan de netwerken

Onderstaand figuur geeft de opbouw van de netwerkorganisatie weer:



### 6.3.2 Activiteiten van de netwerkorganisatie (het regieteam) patiëntveiligheid

De netwerkorganisatie zal de komende vier jaar de volgende activiteiten oppakken:

- Een aanzienlijk deel van de activiteiten en tijd van de netwerkorganisatie zal besteed worden aan het stimuleren van nieuwe netwerken en nieuwe verbindingen leggen tussen bestaande netwerken patiëntveiligheid. De netwerkorganisatie helpt en enthousiasmeert mensen en organisaties bij het leggen van verbindingen tussen professionals, ziekenhuizen en patiënten in de verschillende netwerken. De betrokkenheid van patiënten in die netwerken is daarbij een belangrijk aandachtspunt. Het bouwen van netwerken is intensief en vraagt tijd en geduld.
  - ⇒ *Het verbinden en bouwen van netwerken is de belangrijkste taak van de netwerkorganisatie. Daarom zullen naar verwachting 9 netwerkbouwers deze rol innemen.*
- Verschillende samenwerkingsverbanden van ziekenhuizen, zorgketens en beginnende zorg netwerken hebben aangegeven behoefte te hebben aan ondersteuning bij de implementatie van veiligheidsbeleid. Hierbij richt de netwerkorganisatie zich op de volgende activiteiten:
  - de netwerkorganisatie kan een ziekenhuis of een samenwerkingsverband met raad en daad ondersteunen wanneer zij hulp nodig hebben bij het implementeren van patiëntveiligheid
  - ze kunnen invliegen bij een ziekenhuis om mee te werken aan het opzetten van de veranderingsopgave of het helpen bij de daadwerkelijke implementatie
  - ze kunnen ziekenhuizen adviseren bij het verbeteren van het intern lerend systeem van ziekenhuizen en binnen de keten
  - op aanvraag het ondersteunen en faciliteren van bestaande netwerken, zoals bijvoorbeeld het antistollingskennisinstituut in oprichting
  - ⇒ *Het met raad en daad ondersteunen van professionals, ziekenhuizen en bestaande netwerken zal door 4 veiligheidsadviseurs opgepakt worden.*
- De netwerkorganisatie heeft contact met de 'kartrekkers' die de verbetering van patiëntveiligheid vormgeven en organiseert voor deze professionals landelijke bijeenkomsten. Daarnaast initieert en stimuleert de netwerkorganisatie regionale bijeenkomsten. Hierdoor heeft de netwerkorganisatie zicht op extra activiteiten die worden ondernomen en kunnen ze de inspanningen monitoren.
  - jaarlijks zullen per expertthema twee landelijke bijeenkomsten worden georganiseerd

Daarnaast zullen naar verwachting 40 grote en kleine bijeenkomsten per jaar met wisselende deelnemers en inhoudelijke onderwerpen plaats vinden

- ⇒ *Het organiseren van de bijeenkomsten zal een belangrijk onderdeel zijn van de netwerkbouwers.*
- De netwerkorganisatie verzamelt en verspreidt tools en eenvoudige handvatten en modellen die door een netwerk, professional(s), patiënten of ziekenhuis ontwikkeld zijn. Gestart wordt met bestaande ideeën en producten, zoals het veiligheidsspel van het ETZ. In de loop der tijd komen hier steeds meer voorbeelden bij die gezamenlijk een 'toolkit patiëntveiligheid' vormen waar andere organisaties en netwerken uit kunnen putten. De netwerkorganisatie bundelt aanwezige kennis en methoden (zowel evidence based als practice based), maar ontwikkelt niet zelf.
  - ⇒ *De 4 veiligheidsadviseurs en een innovatieadviseur bundelen kennis en methodieken en dragen zorg voor de technische ontwikkeling en vulling van de toolbox.*
- Op het vlak van externe communicatie zal de netwerkorganisatie zich in eerste instantie richten op het delen van kennis en methoden tussen de partijen in het netwerk en het ophalen hiervan. Communicatie uitingen als een website, materialen en folders zullen volgen op de behoefte en ingebrachte inhoud door partijen in het netwerk en beogen niet het positioneren van de netwerkorganisatie als eigen entiteit.
  - ⇒ *De communicatieadviseur is verantwoordelijk voor alle communicatie en voor het inzichtelijk maken van de landelijke activiteiten in de monitoringtool.*
- De netwerkorganisatie stimuleert en initieert onderzoek en ontwikkeling en helpt bij het verkrijgen van de financiële middelen hiervoor. Met name zal veel aandacht uitgaan naar de verdere ontwikkeling van Safety II in de dagelijkse praktijk van het ziekenhuis. De netwerkorganisatie is nadrukkelijk niet de inhoudelijk specialist, dat zijn de professionals bij de ziekenhuizen. Up to date inhoudelijke kennis van Safety II en veiligheidsergonomie bij een aantal mensen binnen de organisatie is echter cruciaal om de innovatie te kunnen faciliteren.
  - ⇒ *De innovatie adviseur is binnen de organisatie het aanspreekpunt voor het safety II onderzoek en de innovatietrajecten die worden ondersteund.*
- Het ondersteunen van de patiëntbetrokkenheid en de ambassadeurs is ook één van de activiteiten van de netwerkorganisatie. Hierbij gaat het niet alleen om het helpen bij activiteiten, maar ook om het betalen van onder andere vacatiegelden aan patiënten en ambassadeurs.
- De netwerkorganisatie heeft ook een klein budget voor het financieel ondersteunen van kansrijke initiatieven. In sommige gevallen heeft een initiatief namelijk geen behoefte aan een netwerkbouwer, maar een financiële bijdrage om direct iets op te kunnen pakken.
- In overleg met VWS ontwikkelt de netwerkorganisatie een tool waarmee jaarlijks de voortgang van het programma bij professionals en ziekenhuizen inzichtelijk gemaakt kan worden in een jaarverslag van de netwerkorganisatie patiëntveiligheid.
  - ⇒ *Een communicatiespecialist maakt dit jaarverslag.*

De netwerkorganisatie is de facilitator, inspirator en verbinder van de activiteiten en werkt bottom up. Bij alle activiteiten is het uitgangspunt dat de netwerkorganisatie deze niet zal oppakken als eigenaar of uitvoerder, die verantwoordelijkheid ligt bij de professionals en ziekenhuizen.

## 6.4 Toelichting op de verschillende rollen en de governance van het netwerk

### **Bestuurlijke opdrachtgevers**

De netwerkorganisatie wordt aangestuurd door de bestuurlijke opdrachtgevers. Dit zijn afgevaardigden van de besturen van de vijf kernpartners binnen het netwerk: FMS, Patiëntenfederatie Nederland, NFU, NVZ en V&VN. Zij zijn eindverantwoordelijk voor alle activiteiten, benoemen het regieteam en zijn nauw betrokken bij de netwerkorganisatie. Gezamenlijk zijn zij het klankbord voor het regieteam, vertegenwoordigen ze hun achterban en geven de afstemming met de minister vorm. Voor de goede samenwerking tussen de bestuurlijke opdrachtgevers en het vasthouden aan de gezamenlijke ambitie is het van belang dat zij elkaar frequent spreken. De bestuurlijke opdrachtgevers komen 8 tot 10 keer per jaar samen.

### **Regieteam**

Het regieteam bestaat uit 15 tot 20 personen die werken voor de netwerkorganisatie. Om de ambities waar te maken en de taken uit te kunnen voeren, wordt aan de volgende functies en bezetting gedacht:

- 9 netwerkbouwers
- 4 veiligheidsadviseurs
- 1 innovatie expert
- 1 communicatiespecialist
- 1 dagelijks leidinggevende (=programmamanager)
- 2 office managers.

Voor iedere functiegroep zal een eigen functieprofiel worden gemaakt. De bezetting zal een combinatie zijn van mensen gedetacheerd van de brancheorganisaties, professionals vanuit ziekenhuizen die voor een deel van hun tijd voor de netwerkorganisatie komen werken en externe specialisten. Cruciaal bij de invulling hiervan is dat het regieteam direct verbonden is met het zorgveld, oftewel bottom up kan werken, 'met hun voeten in de modder staat' en 'het klappen van de zweep kent'. Voorkomen moet worden dat het regieteam los zingt van de dagelijks realiteit.

Één van de koepelorganisaties zal de netwerkorganisatie 'huisvesten'. De bestuurder van deze organisatie zal aanspreekpunt zijn voor het regieteam op operationeel vlak. Om het regieteam draaiend te krijgen zal in het eerste half jaar gewerkt worden met een tijdelijke kwartiermaker. Deze kwartiermaker zal het team samenstellen, de visie uitwerken en zorg vragen voor de werkprocessen. Pas na dit half jaar wordt een leidinggevende aangesteld voor het regieteam, dit is bij voorkeur iemand met een onafhankelijk profiel.

### **Ambassadeurs**

Op de vier inhoudelijke onderwerpen worden ambassadeurs aangesteld die in eerste instantie gezocht worden binnen de huidige expertgroepen. De ambassadeurs zorgen voor de inhoudelijke focus uit het plan van aanpak. De ambassadeurs denken mee met het regieteam over de inhoudelijke ontwikkeling binnen het netwerk, maar de nadruk van hun activiteiten ligt bij het op gang brengen en inspireren bij activiteiten van veldpartijen in het netwerk. De ambassadeurs worden financieel gefaciliteerd om hun werkzaamheden te kunnen doen.

## 6.5 Benodigde financiële middelen

Om de ambitie tot 2022 te halen, vraagt dit een inspanning van alle betrokken professionals en alle ziekenhuizen in Nederland. De netwerkorganisatie patiëntveiligheid speelt hierin een belangrijke rol. De verwachte jaarlijkse kosten voor de netwerkorganisatie staan hieronder uitgewerkt.

<b>Activiteit</b>	<b>Toelichting</b>	<b>Budget</b>
<b>Personele bezetting regieteam</b>	<b>Totaal 15 tot 20 personen</b>	<b>€1.825.000</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>9 netwerkbouwers (inclusief reiskosten)</li> <li>4 veiligheidsadviseurs</li> <li>1 innovatie expert</li> <li>1 communicatiespecialist</li> <li>1 dagelijks leidinggevende</li> <li>2 secretariële ondersteuning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>€1.000.000</li> <li>€400.000</li> <li>€100.000</li> <li>€100.000</li> <li>€125.000</li> <li>€100.000</li> </ul>
<b>Ambassadeurs</b>	<i>o.a. vacatiegelden</i>	€100.000
<b>Ondersteunen van de patiëntbetrokkenheid</b>	<i>o.a. vacatiegelden</i>	€100.000
<b>Ondersteuningsruimte kansrijke initiatieven</b>		€200.000
<b>Veiligheidsbijeenkomsten netwerken</b>	<b>Totaal van 40-50 bijeenkomsten</b>	<b>€300.000</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 jaarlijks landelijke patiëntveiligheidsconferentie</li> <li>8 landelijke bijeenkomsten over de vier onderwerpen</li> <li>30 - 40 thematische netwerkbijeenkomsten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>€50.000</li> <li>€100.000</li> <li>€150.000</li> </ul>
<b>Ontwikkeling toolkit</b>	<b>Totaal aan werkzaamheden</b>	<b>€200.000</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verzamelen en bundelen van tools</li> <li>Gratis beschikbaar stellen</li> <li>Up to date houden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>€150.000</li> <li>€30.000</li> <li>€20.000</li> </ul>
<b>Innovatie Safety II</b>		€1.000.000
<b>Website en communicatiemiddelen</b>	<b>Totaal communicatie</b>	<b>€300.000</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Website</li> <li>Flyers en brochures</li> <li>Social media campagne</li> </ul>	
<b>Huisvesting en ICT</b>	<b>Totaal facilitaire kosten</b>	<b>€100.000</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Huisvesting</li> <li>Laptops en telefoons</li> <li>ICT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>€60.000</li> <li>€25.000</li> <li>€15.000</li> </ul>
<b>Totaal jaarlijkse kosten van de netwerkorganisatie patiëntveiligheid</b>		<b>€4.125.000 (excl. BTW)</b> <b>€4.991.250 (incl. BTW)</b>



## 7 Wat gaan we gezamenlijk doen om de ambitie te realiseren

### 7.1 Perspectief voor de komende vier jaar

Om de afgesproken ambitie waar te kunnen maken verwachten de partijen van de professionals, ziekenhuizen en patiënten dat ze op drie onderwerpen antistolling, kwetsbare ouderen en het multidisciplinaire gesprek tussen professionals en met patiënten aantoonbaar aan de slag gaan op een manier die past bij de lokale situatie van het huis. De netwerkorganisatie stimuleert, initieert en faciliteert de netwerken, de kennisuitwisseling en goede voorbeelden.

Voor de ontwikkeling van patiëntveiligheid op de lange termijn is Safety II de volgende stap in het denken en werken aan patiëntveiligheid. Met Safety II wordt voortgebouwd op alle resultaten die dankzij Safety I zijn behaald. Er start een onderzoek- en innovatietraject Safety II waarbij vooral onderzocht wordt hoe de wetenschappelijke visie van Safety II vertaald kan worden naar de dagelijkse praktijk van de professional. De komende vier jaar zullen, mede dankzij de ambassadeurs, de resultaten van dit onderzoek direct geïmplementeerd kunnen worden in de ziekenhuizen.

Tot slot zijn alle betrokken partijen ervan overtuigd dat er nog heel veel winst te boeken valt wanneer de samenwerking tussen de ziekenhuizen onderling en met de 1<sup>e</sup> lijn en de VVT-sector wordt verbeterd. De verbetering van de patiëntveiligheid in de transmurale zorg zal ook één van de belangrijke onderwerpen worden voor de komende 10 jaar. De start hiervoor kan de komende jaren gemaakt worden.

### 7.2 Eerste schets van de activiteiten voor de komende jaren

In de onderstaande paragrafen staat de eerste schets van activiteiten die de netwerkorganisatie patiëntveiligheid de komende maanden en eerste paar jaar van plan is te ondernemen. Dit is een schets, de detail invulling kan pas gemaakt worden wanneer de netwerkorganisaties staat, de huidige netwerken zijn geïnventariseerd en nieuwe worden gebouwd.

#### **Q4 2018 en Q1 2019. Opbouw netwerkorganisatie patiëntveiligheid**

- Werven kwartiermaker
- Werven programmaleider, netwerkbouwer en veiligheidsexpert
- Realiseren huisvesting
- Uitwerken detail planning 2019 en 2020
- Ontwikkelen tool met VWS voor jaarlijks inzicht in de voortgang van de activiteiten van de netwerkorganisatie en de activiteiten van professionals en ziekenhuizen.

#### **Q1 en Q2 2019. Start onderzoek Safety II en inventariseren huidige netwerken**

- Landelijke bijeenkomsten expertgroep antistolling, kwetsbare ouderen en multidisciplinaire gesprek
- Werven van ambassadeurs
- Inventariseren van en aansluiten bij bestaande netwerken
- Technisch ontwikkelen toolkit

- Eerste landelijke patiëntveiligheidsconferentie juni 2019
- Start onderzoek- en innovatietraject Safety II.

#### **Q3 2019. Opbouw eerste netwerken**

- Opbouwen van eerste nieuwe netwerken
- 10 kleinere netwerkbijeenkomsten op de drie onderwerpen.

#### **Q4 2019. Verbinden van nieuwe en huidige netwerken**

- Start van de nieuwe netwerken
- Verbinden van de huidige en nieuwe netwerken
- 10 kleinere netwerkbijeenkomsten op de drie onderwerpen
- Tweede landelijke patiëntveiligheidsconferentie november 2019.

#### **Q1 en Q2 2020.**

- Verbinden van de huidige en nieuwe netwerken
- 10 kleinere netwerkbijeenkomsten op de drie onderwerpen
- Derde landelijke patiëntveiligheidsconferentie juni 2020
- Eerste internationale Safety II conferentie.

#### **Q3 en Q4 2020**

- Verbinden van de huidige en nieuwe netwerken
- 10 kleinere netwerkbijeenkomsten op de drie onderwerpen
- Derde landelijke patiëntveiligheidsconferentie november 2020
- Nationale Safety II conferentie.

#### **2021**

- Verbinden van de huidige en nieuwe netwerken
- 10 kleinere netwerkbijeenkomsten op de drie onderwerpen
- Landelijke patiëntveiligheidsconferentie november 2021
- Nationale Safety II conferentie.

#### **2022**

- Verbinden van de huidige en nieuwe netwerken
- 10 kleinere netwerkbijeenkomsten op de drie onderwerpen
- Landelijke patiëntveiligheidsconferentie november 2021
- Nationale Safety II conferentie.

## Bijlage 1. Lopende activiteiten en programma's die de patiëntveiligheid bevorderen (niet limitatief)

Sinds de dataverzameling door het NIVEL, voor het in november 2017 verschenen rapport 'Monitor Zorgerelateerde schade', zijn door de veldpartijen al diverse activiteiten en programma's gestart om de patiëntveiligheid te bevorderen. In deze bijlage is een overzicht opgenomen van een aantal lopende (landelijke) activiteiten.

- Alle veldpartijen werken momenteel aan herziening van de norm voor een veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen naar een NEN-norm. Een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) is de 'verankering van patiëntveiligheid in praktijk' en deze Nederlandse norm beschrijft de basiseisen voor een VMS. Met een VMS zijn de managers in het ziekenhuis in staat de risico's op de afdelingen te beheersen. Zo ontstaat een veilige (werk)omgeving voor zorgprofessionals en voor patiënten. De NEN 8009 vormt daarnaast de basis voor externe toetsing van het patiëntveiligheidsbeleid van het ziekenhuis. Alle ziekenhuizen moeten accreditatie of certificering van deze norm realiseren
- Als vervolg op het VMS-veiligheidsprogramma en de Veiligheidsagenda is de website [vmszorg.nl](http://vmszorg.nl) gereviseerd. De website wordt nog steeds beheerd en geüpdatet. [Vmszorg.nl](http://vmszorg.nl) biedt informatie en tools om patiëntveiligheid in de eigen instelling vorm te geven en de implementatie van verbetermaatregelen te ondersteunen
- In het project 'Calamiteiten delen en leren van elkaar' hebben de umc's in 2017 veel kennis met elkaar gedeeld en heeft een symposium plaatsgevonden waarbij de eerste NFU-uitgave met een uitgewerkte calamiteitencasus en lessons learned een feit was. Voor 2018 zal een verdiepings- en doorontwikkelingsslag worden gemaakt, waarbij wordt ingezet op Transparantie, Leren & verbeteren en Ontwikkeling & onderzoek
- In 2017 hebben alle umc's geaggregeerde informatie over calamiteiten openbaar gemaakt. In 2018 zullen alle Nederlandse ziekenhuizen deze informatie openbaar maken
- De NVZ heeft het NIVEL opdracht gegeven onderzoek uit te voeren naar het leren van calamiteiten. Calamiteitenanalyses worden op dit moment gebruikt voor rapportage aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg en om intern van de individuele calamiteit te leren. De NVZ heeft het NIVEL gevraagd te onderzoeken of een ziekenhuis overstijgende analyse van calamiteiten toegevoegde waarde heeft ten opzichte van een individuele analyse en wat deze toegevoegde waarde is. Hierbij wordt gekeken of het mogelijk is integraal te leren van calamiteiten. Op basis van de resultaten zal de NVZ kijken of het mogelijk is om een concrete ondersteuning te ontwikkelen, die ziekenhuizen beter in staat stelt risico's vroegtijdig te signaleren en daar sturing aan te geven
- De umc's werken samen in Verbeterclusters op onder andere het gebied van Peer Support, Leren van uitkomsten en Teamsamenwerking (CRM). De resultaten hiervan worden in september 2018 verwacht
- In het Citrienprogramma Sturen op Kwaliteit zijn concrete kernsets ontwikkeld specifiek voor de raden van bestuur (onder andere op het gebied van VMS). Deze inzichten worden in 2018 breed

beschikbaar gesteld en verspreid

- De 'Monitor zorggerelateerde schade' én de mogelijke verbeterplannen zijn onderwerp van bespreking in de Raad kwaliteit én in het Netwerk Medisch Specialisten Patiëntveiligheid van de FMS
- De FMS zal onder andere richting de wetenschappelijke verenigingen pleiten voor het lokaal organiseren van teamtrainingen, conform het standpunt dat de FMS hierover eerder heeft ingenomen
- Implementatie van Snomed: een zeer belangrijke bijdrage aan patiëntveiligheid wordt geleverd door eenheid van verpleegkundige taal in EPD- en ECD-systemen; V&VN heeft samen met Nictiz de verpleegkundige taal Snomed ontwikkeld, die in het Informatieberaad van 26 maart 2018 naar verwachting volledige steun en het commitment van partijen zal krijgen. Zaak is om de implementatie van Snomed (kosteloos beschikbaar) vanaf dat moment te stimuleren en mogelijke vertraging door gebrek aan actieve medewerking tegen te gaan. V&VN heeft activatie en het wegnemen van belemmeringen vanzelfsprekend hoog op de agenda en zou hierbij heel graag intensief samenwerken met het ministerie, NFU, NVZ en FMS
- Excellente Zorg: implementatie van het programma Excellente Zorg (EZ) leidt aantoonbaar tot continu kwaliteitsverbetering van de patiëntenzorg en hoge betrokkenheid van verpleegkundigen. De gemeten resultaten in ziekenhuizen die EZ toepassen, laten onder meer zien: dalend ziekteverzuim, dalend verloop (voortijdige uitstroom) en positieve waardering van een open cultuur waarin fouten bespreekbaar zijn. Een kwetsbare opstelling en het willen leren van fouten kan op basis van het programma EZ binnen een zorginstelling worden gestimuleerd door creatieve ontmoetingen tussen de verschillende beroepsgroepen
- V&VN ziet kansen voor samenwerking met de FMS om hierover op lokaal niveau te adviseren (en de resultaten verder te brengen). Dit is extra belangrijk tegen de achtergrond van de stijgende werkdruk door de personeelstekorten; in een representatief onderzoek van V&VN (december 2016) geeft 24% van de respondenten aan dat de ervaren hoge werkdruk negatieve invloed heeft op de patiëntveiligheid. Bij onderzoek naar de effecten van personeelstekorten (nov. 2017) gaf 48% aan in de eigen organisatie een daling van de patiëntveiligheid waar te nemen
- Op 1 januari 2017 is het Versnellingsprogramma informatie-uitwisseling patiënt en professional (VIPP) gestart. Het VIPP programma stimuleert de medicatieveiligheid en de beschikbaarheid van het (digitale) gezondheidsdossier voor de patiënt. Dit programma loopt nog tot eind 2019
- V&VN-Academie: biedt scholing aan voor verpleegkundigen, zowel fysiek als via e-learning. Intervisie en het implementeren van richtlijnen en kwaliteitsstandaarden staan centraal. Omdat richtlijnen worden ontwikkeld op basis van in de praktijk gesignaleerde knelpunten, dragen deze inhoudelijk bij aan een betere patiëntveiligheid. Een voorbeeld hiervan is medicatieveiligheid. Algemeen uitgangspunt is het stimuleren van klinisch redeneren en op het juiste niveau laten functioneren van verpleegkundigen. Er wordt toegewerkt naar eigenaarschap (i.p.v. het alleen opvolgen van instructie) en kritische zelfreflectie
- Het convenant 'Veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis' is herzien. Momenteel wordt in de ziekenhuizen gewerkt aan de implementatie hiervan. De NVZ heeft voor haar leden als ondersteuning masterclasses georganiseerd

- In de beroepsprofielen van verpleegkundige, verzorgende en verpleegkundig specialist is opgenomen dat de nieuwste informatie- en communicatietechnologieën worden toegepast en dat zorg op afstand (e-health) als aanvulling op het persoonlijk contact met de patiënt wordt geboden. Daarnaast staat opgenomen dat er zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van ICT en robottechnologie voor innovatie van zorg-, technische en logistieke processen
- Er is een nieuwe richtlijn antitrombotisch beleid ontwikkeld die op dit moment wordt geïmplementeerd
- De richtlijn minimale invasieve chirurgie (irt. laparoscopie) wordt herzien
- Er wordt een zorgpad voor de overdracht van zorg van kwetsbare ouderen ontwikkeld
- De richtlijn behandeling kwetsbare ouderen na chirurgie is na afronding van de NIVEL-meting geautoriseerd en wordt op dit moment geïmplementeerd
- De richtlijn proximale femurfractuur is na afronding van de NIVEL meting herzien en wordt op dit moment geïmplementeerd
- De mogelijkheid wordt onderzocht om “bridging” bij antistolling te integreren in bestaande protocollen en om met antistollingsteams te werken
- Vanuit de kindergeneeskunde is gestart met de ontwikkeling van een detectiesysteem om zieke kinderen eerder te identificeren zodat een teamgerichte aanpak en veiligere behandeling mogelijk is
- Via de onderdelen ‘Kernset’ en beslisbomen wordt gewerkt aan het verbeteren en inzichtelijk maken van verpleegkundige diagnostiek (V&VN).

## Bijlage 2. Gevolgd proces en betrokkenen bij expertgroepen

### Proces om te komen tot het plan van aanpak 'Tijd voor Verbinding'

Om te komen tot het plan van aanpak 'Tijd voor Verbinding' is tussen mei en september 2018 het volgende proces gevolgd:

- In mei en juni zijn de deelnemers aan de expertgroepen geselecteerd. Met alle potentiële deelnemers is persoonlijk contact geweest waarin ze een toelichting op het doel en opzet van het traject hebben gekregen
- In juli zijn de eerste vier bijeenkomsten van de expertgroepen geweest. Hierin zijn de huidige problemen en mogelijke oplossingsrichtingen geïnventariseerd
- Eind augustus zijn de laatste vier bijeenkomsten van de expertgroepen geweest. Hierin zijn de problemen geconcretiseerd naar de dagelijkse praktijk en de mogelijke oplossingsrichtingen verder uitgewerkt
- 5 september vond de landelijke conferentie patiëntveiligheid plaats met meer dan 125 deelnemers uit het hele land. De deelnemers waren redelijk gelijk verdeeld over: patiënten, specialisten, verpleegkundigen, veiligheidsmedewerkers en bestuurders. Tijdens de conferentie zijn de ideeën en analyses van de expertgroepen getoetst en verder verrijkt.

Vrijwel alle deelnemers van de expertgroepen hebben aangegeven dat zij graag betrokkenen blijven bij de netwerkorganisatie patiëntveiligheid, bijvoorbeeld als ambassadeur.

### Betrokkenen bij de vier expertgroepen

Bij het samenstellen van de deelnemers aan de expertgroepen is gezocht naar een zo breed mogelijke afvaardiging van professionals (specialisten en verpleegkundigen), bestuurders en stafmedewerkers en patiënten. In de onderstaande paragrafen staan de deelnemers aan de expertgroepen.

#### **Betrokkenen bij de expertgroep antistolling**

- Henk Adriaansen – klinisch chemicus in Saxenburg/Röpke Zweers en Gelre Ziekenhuis
- Janet Brantsma-van der Graaf - Tromboseverpleegkundige in het Albert Schweitzer Ziekenhuis
- Menno Huisman - Hoogleraar - Trombose en Hemostase LUMC
- Cassandra Hoorn - Verpleegkundige in het Catarina Ziekenhuis
- Ankie Koopman van Gemert – Anesthesioloog in het Albert Schweitzer Ziekenhuis
- Hans van Laarhoven – Directeur Harteraad
- Jenneke Leentjens – internist en themaleider antistolling in het Radboud UMC
- Wilma Neelen – verpleegkundige in het Erasmus MC
- Margriet Piersma – internist en directeur Groningse trombosedienst, vice voorzitter Federatie van Trombosediensten
- Martin Schalijs – hoogleraar cardiologie in het LUMC
- Kees Smulders – veiligheidsadviseur in het Jeroen Bosch Ziekenhuis
- Anco Vahl – vaatchirurg in het OLVG

- Marja Voskuilen – verpleegkundig specialist UMCG

#### **Betrokkenen bij expertgroep kwetsbare Ouderen**

- Arend Arends - Klinisch geriater Maasstadziekenhuis
- Susan Barto - Verpleegkundig specialist Allergologie
- Bianca Buurman - Hoogleraar Acute Ouderenzorg Amsterdam UMC, loc. AMC en Lector Transmurale Ouderenzorg HVA
- Bianca van Gameren - Bestuurslid V&VN neuro & revalidatie en verpleegkundig zorgregisseur NAH
- Han Hegeman – traumachirurg ZGT Almelo
- Remco de Jong - Directeur ziekenhuisapotheek Radboud UMC
- Corry Knijnenburg-van Hulst - Verpleegkundig consulent ouderengeneeskunde Alrijne ziekenhuis
- Rob van Marum - bijz. hoogleraar Farmacotherapie Amsterdam UMC, loc. VUmc en klinisch geriater en klinisch farmacoloog Jeroen Bosch ziekenhuis
- Sophia de Rooy - hoogleraar Inwendige Geneeskunde en hoofd van het Universitair Centrum Ouderengeneeskunde UMCG
- Atie Schipaanboord - Coördinator Collectieve belangenbehartiging ANBO
- Ralph So – Intensivist en Medisch manager afdeling Kwaliteit, Veiligheid en Innovatie Albert Schweitzer ziekenhuis
- Jeanny van Vreeswijk – coördinator zorg en welzijn Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten (NOOM)
- Ron Warnier - Verpleegkundig Specialist Ouderenzorg MUMC
- Hanna Willems - Klinisch Geriater en internist ouderengeneeskunde Amsterdam UMC, loc. AMC en voorzitter NVKG
- Ellen Willemsen – beleidsadviseur belangenbehartiging KBO-PCOB

#### **Betrokkenen bij de expertgroep multidisciplinaire gesprek tussen professionals en met de patiënt**

- Huib Cense – chirurg in het Rode Kruis Ziekenhuis, voorzitter Raad Kwaliteit en vice voorzitter FMS
- Dave Dongelmans - intensivist-anesthesioloog in het Amsterdam UMC, loc. AMC
- Maureen Elshof – Verpleegkundige en verpleegkundig expert patiëntveiligheid en VAR-lid in de Gelre ziekenhuizen
- Peter ten Ham - Cliëntenraad Antonius ziekenhuis
- Elsbeth ten Have – hoofd beroepsontwikkeling bij de V&VN
- Martijn Heringa – gyneacoloog in het UMCU
- Gerard Hoogvliet – Raad van bestuur Merem
- Maarten Imkamp - Vice voorzitter van de Cliëntenraad UMC Utrecht
- George Kienstra – neuroloog en voorzitter van het MSB in het Slingeland Ziekenhuis
- Dink Legemate – Hoogleraar vaatchirurgie in het Amsterdam UMC, loc. AMC
- Petrie Roodbol - Hoogleraar Verplegingswetenschappen/ Hoofd Expertisecentrum verpleging UMCG/ lector verpleegkundige innovatie en positionering Hanzehogeschool
- Aart Jan Smits - Cliëntenraad MC groep
- Carla Veldkamp – veiligheidsadviseur in het CWZ
- Annelijn Verwijst – verpleegkundige en expert patiëntveiligheid in het Jeroen Bosch Ziekenhuis

### **Betrokkenen bij de expertgroep Safety II**

- Jacob Caron - Orthopedisch chirurg in het ETZ
- Pieter van Driel - SEH arts in het ETZ
- Peter ten Ham - Cliëntenraad Antonius ziekenhuis
- Jaap Hamming – Hoogleraar Chirurgie in het LUMC
- Eline de Kok – Verpleegkundige in het UMCU en adviseur innovatie V&VN
- Christianne Lennards - bestuurder van het Maxima Medisch Centrum
- Jessica Mesman – associate decaan educatie Universiteit Maastricht
- Arie Peterse - Voorzitter Cliëntenraad LUMC
- Bas van Praagh – anesthesioloog in het Gelre ziekenhuis
- Paul Verploegen – bestuurder van het ziekenhuis Rivierland
- Marit de Vos – gyneacoloog en phd-onderzoeker LUMC
- Joke Vermeeren – adviseur veiligheidsbeleid in Erasmus MC