

Kernboek

Medisch teamwork

CRM in de gezondheidszorg



onder redactie van
M.C. de Bruijne
F. Bleeker



Bohn
Stafleu
van Loghum

Springer Media

M.C. de Bruijne
F. Bleeker

Medisch teamwork

Toegang tot de website

Aan ieder exemplaar van *Medisch teamwork* is een unieke inlogcode toegekend die gratis en onbeperkt toegang geeft tot de online versie van dit boek, video's en extra bestanden.

Surf naar extras.bsl.nl/medischteamwork, log in met uw e-mailadres plus onderstaande activeringscode en maak uw eigen inlogaccount aan.

Activeringscode:

Technische ondersteuning nodig?

Heeft u problemen met inloggen of andere technische problemen met het gebruik van de website? Neem dan contact op met: onlineklantenservice@bsl.nl.

Onder redactie van:

M.C. de Bruijne

F. Bleeker

Medisch teamwork

CRM in de gezondheidszorg



Bohn
Stafleu
van Loghum

Springer Media

Houten 2013

ISBN 978-90-313-9897-3

© 2013 Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media BV

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of opnamen, hetzij op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Samensteller(s) en uitgever zijn zich volledig bewust van hun taak een betrouwbare uitgave te verzorgen. Niettemin kunnen zij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor drukfouten en andere onjuistheden die eventueel in deze uitgave voorkomen.

NUR 870

Ontwerp omslag: Studio Bassa, Culemborg

Automatische opmaak: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Bohn Stafleu van Loghum

Het Spoor 2

Postbus 246

3990 GA Houten

www.bsl.nl

Ten geleide

De eerste fase van de ontwikkeling van de geneeskunde is nu afgelopen. Wij, zorgverleners, mochten er allemaal het laatste staartje van meemaken. Gelukkig! Want wat een geweldig tijdperk in de menselijke geschiedenis is het geweest! Enorme winst in overleving van talloze aandoeningen. Baanbrekende therapieën. Vaccinatie. Innovatieve technologieën. Publicaties, promoties, Nobelprijzen. Iconen van de geneeskunde. Wie kent ze niet? Wie vereert ze niet?

Dat tijdperk is nu voorbij. Eerste fase van ontwikkeling van de zorg, de fase van de individuele, autonome zorgverlener. In zijn eentje alles kunnen voor de patiënt. Moeten kunnen dan. Optimaal getraind en getoetst. Gecertificeerd en beëdigd. Ambitueus en betrokken. Verantwoordelijk. Roeping.

Wat een aansprekende resultaten! Wat heeft dit tijdperk de mensheid niet gebracht!

Desondanks is nu een nieuwe fase aangebroken. Voortbordurend op 'Patiënt centraal'. Fantastische hoofdconclusie van de geneeskunde van de periode die nu afloopt. Een nieuwe fase waarin het onderliggend boek voor het eerst geschreven kon worden. Moest worden. Een fase met een totaal nieuw concept. Patiëntveiligheid. Nieuwe *awareness*. Zorg moet nog beter. Lees: nog veiliger, zonder vermijdbare schade. Gelukkig zijn zaken nu ook bespreekbaar geworden. Wordt een *blamefree* cultuur ontwikkeld. Fouten signaleren, registreren en analyseren, daar gaat het om. Met vermijden als uiteindelijk doel.

Zeker, nog betere technologie en organisatie zullen helpen. Voor een deel dan. Maar feilbaarheid van de individuele zorgverlener helpt niet. Integendeel. De individuele, autonome zorgverlener blijft namelijk altijd fouten maken. Met de beste bedoelingen. Per definitie. Geen ontkomen aan. *Inborn. Human factors*. Geheugen, emotie, vermoeidheid, trots. Probleem van ons allemaal, hoe betrokken we als zorgverleners ook zijn. No *blaming, naming, shaming*, alsjeblieft. Vandaag jij aan de schandpaal, morgen ik. Wat dan wel? Repressie en controle? '*Inspection is waste*', zei Deming. Dood in de pot. Iedereen duikt. Fouten verdoezeld.

Gelukkig is er een nieuwe *way to go*. Een nieuw paradigma van de zorg. Teamwork! Het nieuwe wachtwoord van de zorg. De sleutel. Elkaar ondersteunen, zij aan zij. Leerling-verpleegkundige en professor. Laborant en arts-assistent. Elkaar spanningsloos crosschecken. Nu leider, straks volger en vice versa. Samen besluiten nemen. Altijd vanuit respect en vertrouwen. En dat zorgt vanuit verbondenheid ook nog voor meer arbeidsvreugde.

Elkaar in onze onvermijdelijke feilbaarheid compenseren, daar gaat het om. Teamwork als essentiële nieuwe competentie van iedere zorgverlener. Klinkt simpel, maar dat is het niet. Dat komt niet aangewaaid. Daar moeten we ons in trainen. Niet incidenteel maar structureel. Met open mind en brede blik hebben we ontdekt hoe het moet. De luchtvaart ging ons al voor. En met succes. Op die manier zal in dit nieuwe tijdperk van de eenentwintigste eeuw ook de zorg een hoge vlucht nemen: CRM *looking forward*!

Johan Lange, chirurg

Voorwoord

‘Primum non nocere’, schreef Hippocrates 400 jaar voor Christus in de eed voor artsen. ‘Ik zal aan de patiënt geen schade doen’, staat er in de artseneed van de KNMG en de Vereniging van Universiteiten (VSNU) van 2003. Hoewel er zelden sprake is van het opzettelijk schaden van patiënten, komt schade gerelateerd aan geleverde zorg veel voor. Landelijk onderzoek liet zien dat in 2008 ongeveer 38.000 patiënten tijdens een ziekenhuisopname potentieel vermijdbare schade opliepen en dat bijna 2000 patiënten mede daaraan zijn overleden. Meer dan 70% van de vermijdbare zorggerelateerde schade wordt door mensen veroorzaakt. Normale menselijke beperkingen rond informatieopname en -verwerking, informatieoverdracht tussen mensen, onvoldoende (goed opgeleid) personeel en problemen rond apparatuur zijn veelvoorkomende oorzaken van het ontstaan van zorggerelateerde schade.

De huidige gezondheidszorg is een complex systeem dat voortdurend verandert door nieuwe technologische en organisatorische ontwikkelingen. Door specialisatie en taaksubstitutie, bijvoorbeeld van taken van arts naar praktijkverpleegkundige, of doordat meerdere artsen een patiënt behandelen, moet meer worden afgestemd en gecoördineerd. Ook door kortere werktijden en toenemende efficiëntie van de zorg wordt zorg door steeds meer verschillende professionals geleverd, die veelvuldig informatie moeten overdragen en in steeds wisselende teams samenwerken. Het is niet eenvoudig om patiëntveilige zorg te bieden in een dergelijke complexe organisatie van de gezondheidszorg. De moderne arts werkt dus zelden alleen en moet niet alleen over de juiste medische kennis en vaardigheden beschikken, maar ook goed kunnen samenwerken. Door goed samenwerken worden alle mensen en middelen in en rond de patiënt optimaal benut om patiëntveilige zorg te leveren.

Nationaal en internationaal wordt het belang van goed samenwerken voor patiëntveilige zorg erkend. De Wereldgezondheidsorganisatie heeft in 2009 de ‘WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools’ gepubliceerd. Hierin wordt nadrukkelijk gewezen op het feit dat artsen effectieve teamspelers moeten zijn en goed moeten kunnen samenwerken met collega’s van verschillende disciplines. Het gaat hierbij ook om begrip van de cultuur en hoe cultuur een effect heeft op het functioneren in een team. In 2011 volgde de ‘multiprofessional edition’ van deze gids, met als doel dat alle teamleden de juiste competenties hebben om veilig samen te werken.

In Nederland worden in het raamplan voor de artsenopleiding 2009 naast medisch handelen zes andere competenties benoemd die centraal staan in de opleiding, waaronder communicatie, samenwerking, organisatie en professionaliteit. Het raamplan vat deze competenties summier samen. Daarnaast stelt het raamplan dat de juist afgestudeerde arts kennis van en inzicht in aspecten van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid heeft. In de praktijk is het onderwijs over samenwerken met andere professionals en patiëntveiligheid echter nog nauwelijks uitgewerkt en ingevoerd in het onderwijs.

In de luchtvaart is dit anders. Daar wordt al sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw onderkend dat communicatie, besluitvorming, leiderschap en samenwerking een grote rol spelen bij het ontstaan van ongelukken. Om met goed functionerende teams de veiligheid te verhogen, is Crew Resource Management (CRM) ontwikkeld. Sinds de grootschalige

invoering van CRM in de luchtvaart is het aantal doden door vlieggrampen verder gedaald. In haar rapport ‘To err is human’ beveelt het prestigieuze Institute of Medicine aan om CRM in de zorg te implementeren. Sindsdien gebeurt dit in toenemende mate en tot nu toe lijken resultaten veelbelovend.

Ook in de Nederlandse gezondheidszorg is de afgelopen jaren de belangstelling voor CRM snel gegroeid. De daadwerkelijke invoering van CRM wordt echter belemmerd door het ontbreken van kennis, vaardigheden en trainingsmateriaal. Met dit boek willen we deze leemte opvullen. Alle auteurs van dit boek hebben veel ervaring met CRM in de Nederlandse gezondheidszorg. Daarom sluit het boek goed aan op de huidige Nederlandse praktijk. Omdat CRM zich lastig alleen in woorden laat overdragen, gaat dit boek vergezeld van een website met videomateriaal en oefeningen.

We richten ons met dit boek in de eerste plaats op geneeskundestudenten in de masteropleiding. Het boek is echter ook bruikbaar voor andere doelgroepen, zoals verpleegkundestudenten, docenten en medische professionals werkzaam in de zorg. Het boek sluit qua niveau aan op de kennis en vaardigheden van een basisarts en ervaren verpleegkundig personeel.

Voor artsen, opleiders, verpleegkundigen, paramedici en leidinggevendenden werkzaam in de zorg die te maken hebben met opleiding, onderzoek naar incidenten en calamiteiten, of verbetering van communicatie en teamwork, kan dit boek een belangrijke functie hebben in het verbreden van hun kijk op onveiligheid en het verbeteren hiervan.

We nodigen iedere lezer uit zich niet te beperken tot het opnemen van kennis. Pas door het geleerde in de dagelijkse praktijk te plaatsen en ermee te oefenen in een leeromgeving en in de dagelijkse praktijk, zullen de leerdoelen bereikt worden.

Martine de Bruijne
Fred Bleeker

Literatuur

Langelaan M, Baines RJ, Broekens MA, Siemerink KM, Steeg L van de, Asscheman H, et al. Monitor Zorggerelateerde Schade 2008. Dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht: Nivel & EMGO+, 2011.
Raamplan Artsenopleiding. Utrecht: NFU, 2009.
WHO curriculum guide patient safety education for medical schools.

Redacteuren en auteurs

Redacteuren

Dr. M.C. de Bruijne, universitair hoofddocent, sociaal geneeskundige
EMGO⁺ Instituut, Afdeling Sociale Geneeskunde, VU medisch centrum,
Amsterdam en onderzoekscentrum Safety 4 Patients, NIVEL en EMGO⁺/VUmc

F. Bleeker, adviseur en trainer patiëntveiligheid
QST Safe Skies, Almere

Auteurs

Drs. P. Antersijn-de Keulenaar, trainer, (team)coach
Human Centered Approach (HCA), Rijnsaterwoude

F. Bleeker, adviseur en trainer patiëntveiligheid
QST Safe Skies, Almere

Prof. dr. M.A. Boermeester, gastrointestinaal chirurg, klinisch epidemioloog
Afdeling Chirurgie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Dr. M.C. de Bruijne, universitair hoofddocent, sociaal geneeskundige
EMGO⁺ Instituut, Afdeling Sociale Geneeskunde, VU medisch centrum,
Amsterdam en onderzoekscentrum Safety 4 Patients, NIVEL en EMGO⁺/VUmc

Drs. C.M. Dekker-van Doorn, wetenschappelijk onderzoeker
Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit,
Rotterdam en Associate Lector Evidence Based Care, Kenniscentrum Zorginnovatie,
Hogeschool Rotterdam.

Dr. C. van Dyck, universitair hoofddocent, opleidingsdirecteur
Faculteit Sociale Wetenschappen, Vrije Universiteit, Amsterdam

Dr. M. Erwtelman, anesthesioloog
ADAM Simulatiecentrum, VU medisch centrum, Amsterdam

U.F. Hiddema, voorzitter Raad van Bestuur
Het Oogziekenhuis, Rotterdam

Prof. dr. C.J. Kalkman, anesthesioloog
Universitair Medisch Centrum Utrecht

P. Kemper, junior onderzoeker
EMGO⁺ Instituut, Afdeling Sociale Geneeskunde, VU medisch centrum,
Amsterdam en onderzoekscentrum Safety 4 Patients, NIVEL en EMGO⁺/VUmc

Dr. D.F. de Korne, senior beleidsadviseur
Het Oogziekenhuis, Rotterdam, en universitair docent iBMG, Erasmus Universiteit,
Rotterdam; in huidige functie adjunct-directeur bij het Singapore National Eye Centre,
SingHealth, Singapore

Dr. R. Krage, anesthesioloog
ADAM Simulatiecentrum, VU medisch centrum, Amsterdam

I. van Noord, junior onderzoeker
EMGO⁺ Instituut, Afdeling Sociale Geneeskunde, VU medisch centrum,
Amsterdam en onderzoekscentrum Safety 4 Patients, NIVEL en EMGO⁺/VUmc

Dr. E.L.J. van Rensen, senior onderzoeker
Kwaliteit en Veiligheid Universitair Medisch Centrum Utrecht

Prof. dr. J.M.C. Schraagen, cognitief psycholoog-human factors specialist
Universiteit Twente, Enschede en TNO, Soesterberg

R.K.L. So, intensivist, medisch manager
Afdeling Kwaliteit Veiligheid en Innovatie, Albert Schweitzer ziekenhuis, Dordrecht

Dr. D.P. Veerman, anesthesioloog
VU medisch centrum, Amsterdam

B. de Vries, adviseur en trainer
Kwaliteit en Veiligheid, Universitair Medisch Centrum Utrecht

Prof. dr. C. Wagner, bijzonder hoogleraar patiëntveiligheid in de gezondheidszorg
EMGO⁺ Instituut, Afdeling Sociale Geneeskunde, VU medisch centrum, Amsterdam, pro-
grammaleider Kwaliteit en Organisatie NIVEL, Utrecht en hoofd onderzoekscentrum Safety
4 Patients, NIVEL en EMGO⁺/VUmc

Dr. ir. L.S.G.L. Wauben, postdoc onderzoeker
Faculteit Werktuigbouwkunde, Maritieme Techniek & Technische Materiaalwetenschappen
(3mE), Afdeling BioMechanical Engineering (BMechE), Technische Universiteit Delft, Delft

Dr. L. Zwaan, postdoc onderzoeker
VU medisch centrum, Amsterdam

Inhoud

0	Inleiding	XV
	<i>Martine de Bruijne en Fred Bleeker</i>	
0.1	Wat is CRM?	XVI
0.2	Hoe wordt CRM behandeld in dit boek?	XVII
0.3	Wat vind je op de website behorend bij dit boek?	XVIII
	Literatuur	XIX

I Deel A Theoretische basis van CRM

1	Menselijke factoren en patiëntveiligheid	3
	<i>Laura Zwaan, Peter Veerman en Cordula Wagner</i>	
1.1	Inleiding	4
1.2	De invloed van cognitieve factoren op ons functioneren	5
1.3	Situatiebewustzijn	6
1.4	De invloed van organisatorische factoren op ons functioneren	8
1.5	De invloed van sociale interacties op het functioneren	10
	Literatuur	10
2	Situatiebewustzijn	11
	<i>Fred Bleeker en Martine de Bruijne</i>	
2.1	Inleiding	12
2.2	Twee klinische voorbeelden van incidenten	12
2.3	Wat is situatiebewustzijn?	14
2.4	Factoren van invloed op situatiebewustzijn	17
	Literatuur	20
3	CRM op het niveau van de organisatie	21
	<i>Cathy van Dyck</i>	
3.1	Inleiding	22
3.2	Wat is cultuur?	22
3.3	Betrouwbaar organiseren	23
3.4	Organisatiecultuur, betrouwbaar organiseren en CRM	26
3.5	Voorwaarden voor veilig werken: rol van het management	27
3.6	Organisatiefouten	27
3.7	Aandachtig organiseren	28
3.8	CRM als katalysator voor een gunstige veiligheidscultuur	30
	Literatuur	31
4	CRM op het niveau van het team	33
	<i>Jan Maarten Schraagse</i>	
4.1	Inleiding	34
4.2	Drie voorbeelden van problemen met teamwork in de medische praktijk	34
4.3	Wat is een team?	36

4.4	Wat is teamwork?	36
4.5	Welke teamworkcompetenties kunnen worden onderscheiden?	37
4.6	Teamworkvaardigheden	38
4.7	Verband tussen teamvaardigheden, gemeenschappelijk mentaal model en situatiebewustzijn	42
4.8	Optimaliseren van teamwork	44
	Literatuur	45
5	CRM op het niveau van het individu	47
	<i>Patricia Antersijn-de Keulenaar</i>	
5.1	Inleiding	48
5.2	Communicatie	48
5.3	Communiceren: een basisvereiste	49
5.4	Omgaan met stress	54
5.5	Persoonlijkheid	57
	Literatuur	62
6	CRM-instrumenten	63
	<i>Fred Bleeker en Inge van Noord</i>	
6.1	Inleiding	64
6.2	Gestandaardiseerd werken	64
6.3	Checklists	65
6.4	Briefings	65
6.5	Gestructureerde overdracht	66
6.6	Speaking up	67
6.7	'Two-challenge rule' en codewoorden	68
6.8	Waarschuwingssignalen (red flags) en 'early warning systems'	68
6.9	Wederzijdse steun	69
6.10	Samenvatten voor het team	69
6.11	Debriefings	69
	Literatuur	70
 II Deel B Praktijkvoorbeelden van CRM		
7	Klassikale CRM-training, een voorbeeld van de Intensive Care	73
	<i>Ralph So en Peter Kemper</i>	
7.1	Inleiding	74
7.2	Klassikale CRM-training	74
7.3	Voorbeeld van een tweedaagse CRM-training	75
7.4	CRM op de Intensive Care, een voorbeeld uit de praktijk	77
	Literatuur	81
8	Simulatietrainingen	83
	<i>Ralf Krage en Micha Erwtelman</i>	
8.1	Inleiding	84
8.2	Definitie	84
8.3	Geschiedenis	85
8.4	Hoe leren professionals? – Adult Learning Principles	85

8.5	Simulatiehardware	86
8.6	Toepassingen	88
8.7	Kernscenario's	89
	Literatuur	93
9	Checklists, een voorbeeld van het perioperatieve proces	95
	<i>Marja Boormeester</i>	
9.1	Inleiding	96
9.2	Waarom we niet foutloos zijn	96
9.3	Hiaten in de individuele waarneming	97
9.4	Teamfactoren en checklistgebruik	99
	Literatuur	105
10	Time-out: begin met briefing	107
	<i>Dirk de Korne en Frans Hiddema</i>	
10.1	Inleiding	108
10.2	Context: Oogziekenhuis Rotterdam	108
10.3	Burning platform: dreigende opheffing	108
10.4	Time-outprocedure als laatste check voor vertrek	109
10.5	Effecten van de procedure	110
10.6	Time-outprocedure is teamwork	110
10.7	Briefing	111
10.8	Conclusie	113
	Literatuur	113
11	De overdracht	115
	<i>Liesbeth van Rensen, Bas de Vries en Cor Kalkman</i>	
11.1	Inleiding	116
11.2	Definitie overdracht	116
11.3	Verschillende typen en vormen overdrachten	117
11.4	Overdracht is ook een kwetsbaar moment	118
11.5	Oorzaken falende overdrachten	119
11.6	Kenmerken effectieve overdracht	120
11.7	Verbeteren overdrachten	121
11.8	Videoreflectieve methode als leermiddel om eigen overdrachten te verbeteren	122
	Literatuur	123

III Deel C Aan de slag met CRM

12	Tips voor de training	127
	<i>Martine de Bruijne en Patricia Antersijn-de Keulenaar</i>	
12.1	Inleiding	129
12.2	Onderwijskundige principes voor CRM-training	129
12.3	Checklist voor onderwijs aan praktisch werkzame cursisten	130
12.4	Gebruikmaken van video-opnamen	132
12.5	Opstellen programma CRM-training	134
12.6	Algemene spelvormen	135
12.7	Voorbeelden van werkvormen in een medische context	135

12.8	Individueel oefenen.....	136
12.9	Werken met de website behorend bij dit boek.....	136
	Literatuur	137
13	Praktische tips voor implementatie	139
	<i>Connie Dekker-van Doorn en Linda Wauben</i>	
13.1	Inleiding	140
13.2	Aanpak.....	143
13.3	Adaptive Design, ontwerpcycli	144
13.4	Tips voor implementatie	149
	Literatuur	151
	Bijlagen	
	Bijlage 1 Begrippenlijst	155
	Register	159

Inleiding

Martine de Bruijne en Fred Bleeker

- 0.1 **Wat is CRM? – XVI**
- 0.2 **Hoe wordt CRM behandeld in dit boek? – XVII**
- 0.3 **Wat vind je op de website behorend bij dit boek? – XVIII**
- Literatuur – XIX**