

**GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG** Als het fout gaat in de psychiatrie, is meestal de laagste medewerker in de hiërarchie de klos. En verandert er weinig.

interview **Malou van Hintum** illustratie **Kwennie Cheng**

# Incidenten *komen voor,* *maar hoe voorkom je ze?*

**D**e ggz is gewoonlijk niet erg spraakzaam over incidenten met patiënten. Suïcide, moord, brand, grensoverschrijdend gedrag – voor de buitenwacht is het meestal gissen wat er is gebeurd. Met hun boek 'Veiligheid in de ggz' geven Alette Kleinsman (psychiater en directeur behandeling bij GGz Breburg) en Nico Kaptein (calamiteitenonderzoeker), een kijkje in de keuken.

Aan de hand van dertien, in verband met de privacy bewerkte, casussen lichten ze toe waarom het regelmatig misloopt binnen instellingen en op welke manier toekomstig leed kan worden voorkomen. De rode draad in hun verhaal: denk niet dat je, door een schuldige aan te wijzen, het probleem hebt opgelost.

**Het is toch nogal wiedes dat iemand verantwoordelijk is als er iets misloopt?**

Kleinsman: "Mensen die zeggen 'we zullen de schuldige vinden en die zal gestraft worden', gaan voorbij aan de context waarbinnen incidenten plaatsvinden. Als je focust op de vraag 'wie heeft het gedaan', leidt dat er in de praktijk meestal toe dat de laagste in de hiërarchie de klos is; bijvoorbeeld de verpleegkundige die verkeerde medicatie toedient. Maar degene die de laatste handeling verricht, maakt onderdeel uit van een proces waaraan veel meer mensen bijdragen. Je moet dus dat hele proces onder de loep nemen."

Kaptein: "Er is geen wetenschappelijk onderzoek bekend waaruit blijkt dat het helpt om ggz-medewerkers te straffen na een fout of vergissing. De maatschappij roept er soms om, en dat kun je als (tucht)rechter willen honoreren, maar de zorg wordt er niet veiliger van. Het helpt wel als leidinggevenden hun verantwoordelijkheid nemen door kritisch naar hun eigen rol te kijken, en uitzoeken waardoor de fout is gemaakt en waarom deze zulke ernstige consequenties kon hebben."

Ze verwijzen naar de casus van 'Monique', een verpleegkundige die deel uitmaakte van een team dat psychische zorg aan huis levert. Dit zogeheten fact-team had 'Harold' onder zijn hoede, een patiënt die zelfmoord pleegde. In deze periode vonden er veel wisselingen in het team plaats en waren er in een jaar tijd al drie interim-psychiaters voorbij gekomen, waarvan er een geïrriteerd reageerde als hij werd geconsulteerd.

De verpleegkundigen raakten er daardoor aan gewend ook over moeilijke kwesties onderling te overleggen. Toen Monique vertelde dat ze betwijfelde of Harold zijn medicatie nog wel innam en dat hij verkapt suïcidale uitspraken deed, besloot het team dat er voortaan elke dag iemand bij Harold langs moest gaan. Die nacht sprong hij voor de trein.

De volgende dag werd Monique onmiddellijk op non-actief gesteld omdat ze verzuimd had een psychiater in te schakelen. Volgens

het onderzoek dat daarna werd gedaan, was dat inderdaad de cruciale fout. De raad van bestuur besloot daarom maatregelen tegen Monique te nemen, maar toen had ze haar baan al opgezegd. Snel daarna zocht meer dan de helft van het team elders emplooi.

Kleinsman: "Het onderzoek was alleen maar gericht op het vinden van een schuldige, iets wat helaas vaker voorkomt als er in de ggz onderzoek wordt gedaan naar incidenten. Er werd niet doorgevraagd naar de werkcultuur en werkomstandigheden van het team, en ook niet naar de geschiedenis die daaraan voorafging. Het nettoresultaat was dat de meest bevlogen hulpverleners vertrokken – ook dat zie je vaker. Monique werkt zelfs helemaal niet meer in de zorg."

**Jullie spreken in dit verband van second victims, maar wat schiet je ermee op als je van iedereen een slachtoffer maakt?**

Kleinsman: "Een ernstig incident heeft een enorme impact op de mensen die erbij betrokken zijn. Dat weet ik uit eigen ervaring. Je schrikt je een ongeluk. Je bent bang dat er persoonlijke consequenties volgen, en tegelijk wil je ook eerlijk zijn tegenover de familie en je medewerkers. Dat is lastig, omdat je in het begin vaak nog niet weet wat er precies is gebeurd, en je ook met je eigen emoties zit."

"Maar je weet wel dat niemand naar zijn werk gaat met het voornemen een calamiteit te veroorzaken. Gebeurt zoiets toch, dan krijg je het vertrouwen in jezelf en je collega's een enorme knauw. Het gaat bovendien vaak om zeer betrokken medewerkers die zo hard werken dat ze nogal eens over hun eigen grenzen heen gaan. Dan kun je zeggen 'je hebt je niet aan de professionele standaarden gehouden', maar je kunt ook uitzoeken waarom dat is gebeurd. Zo zien we vaak dat dingen fout gaan als de personeelsbezetting niet helemaal op orde is; dat is op zichzelf al een gevaarlijke situatie."

Kaptein: "Als je second victims goed ondersteunt, kun je ze inzetten om over oplossingen na te denken. Een team moet weer kunnen functioneren, en een organisatie moet kunnen leren van wat er fout is gegaan. In het geval van Monique viel het team uit elkaar, en ging in de organisatie alles weer op de oude voet verder. Dan is het een kwestie van tijd voordat het volgende incident plaatsvindt."

Kleinsman en Kaptein beschrijven in hun boek ook het geval 'mijnheer Pieters', dat laat zien wat er mis kan gaan wanneer verschillende instanties met elkaar moeten samenwerken: de GGD, de ggz, de politie en de woningbouwcorporatie. De wethouder die verantwoordelijk is voor het 'sociaal domein' in zijn gemeente, vertelt dat Pieters is besproken in meerdere overleggen.

Maar dat verhindert niet dat Pieters op een bepaald moment zijn buurvrouw ernstig mishandelt als zij op straat haar auto staat te wassen. Die mishandeling komt niet uit de lucht vallen; de buurt trekt al twee jaar lang bij verschillende instanties aan de bel over allerlei

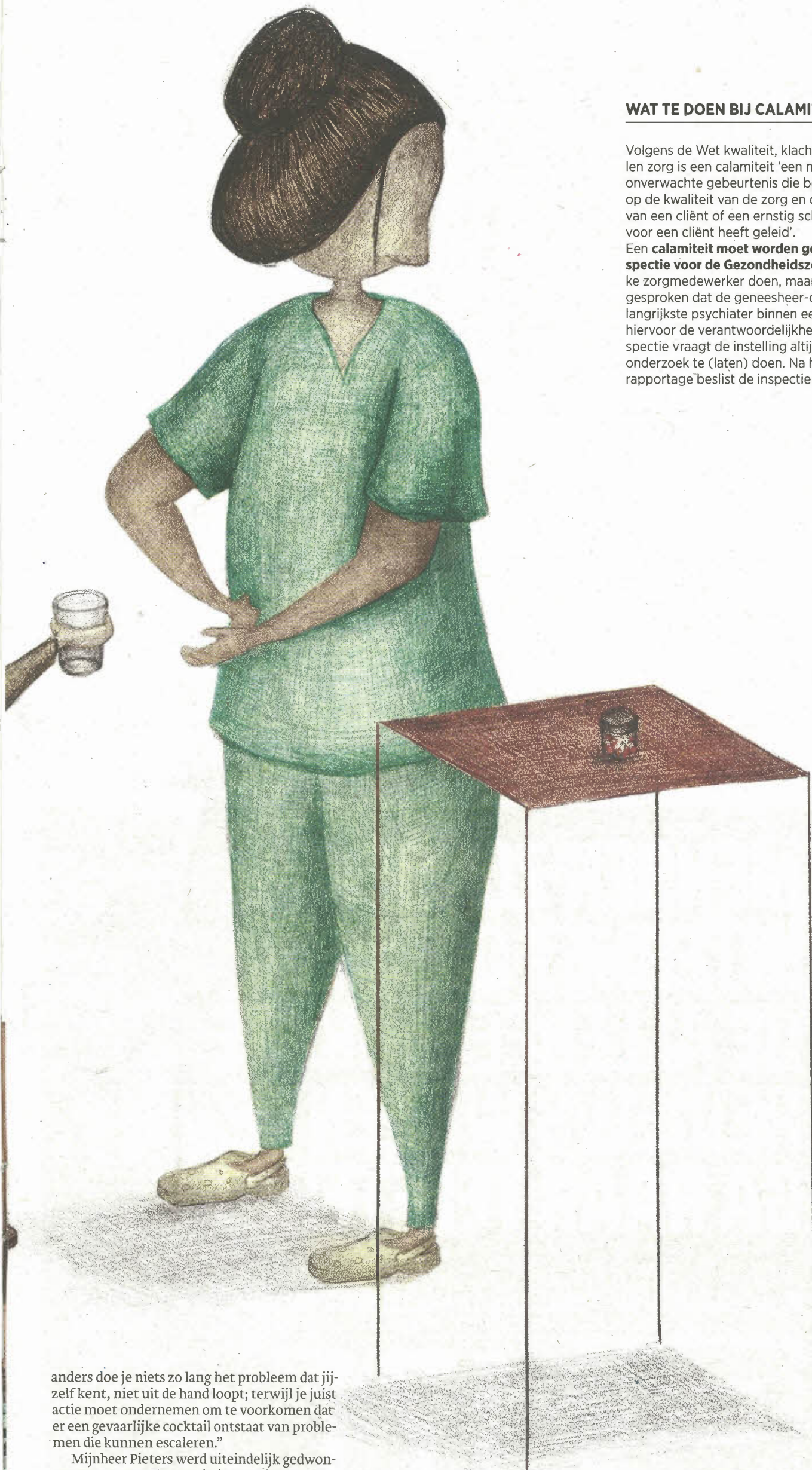
problemen. Maar er wordt nooit actie ondernomen.

**In dit geval zijn het toch wel de verschillende medewerkers, inclusief de hulpverleners, die niet buiten hun eigen afgebakende hokje kijken en de verantwoordelijkheid op elkaar afschuiven?**

Kaptein: "Hulpverleners weten dat er wetgeving is op het gebied van privacy en beroepsgeheim, maar kennen vaak de spelregels niet precies. In de praktijk kijken ze meestal naar wat er niet mag, terwijl ze de grenzen zouden moeten opzoeken van wat er wel kan. Want



*'We zien vaak dat dingen fout gaan als de personeelsbezetting niet helemaal op orde is'*



### WAT TE DOEN BIJ CALAMITEITEN?

Volgens de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg is een calamiteit 'een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid'.

Een **calamiteit moet worden gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg**. Dat mag elke zorgmedewerker doen, maar vaak wordt afgesproken dat de geneesheer-directeur, de belangrijkste psychiater binnen een instelling, hiervoor de verantwoordelijkheid neemt. De inspectie vraagt de instelling altijd om eerst zelf onderzoek te (laten) doen. Na het lezen van de rapportage beslist de inspectie vervolgens of zij

de zaak ook nog een keer gaat onderzoeken. Het onderzoek van de instelling kan worden gedaan door eigen personeel met al dan niet een externe voorzitter, of door externe onderzoekers. Daarbij worden de onderzoeksmethoden Prisma en Sire het vaakst gebruikt. In het geval van Prisma wordt een 'oorzakenboom' gemaakt die bestaat uit technische, organisatorische en menselijke oorzaken. Sire behelst zeven stappen die gericht zijn op het voorkomen van een vergelijkbare calamiteit in de toekomst.

**Veiligheid in de ggz. Leren van incidenten en calamiteiten.** Door Alette Kleinsman en Nico Kaptein. **Diagnosis Uitgevers, Leusden 2017, 132 pagina's, €22.**

**Tussen verschillende instanties, maar ook binnen en tussen ggz-instellingen gebeuren er – soms heel ernstige – ongelukken door slechte onderlinge communicatie. Mooi dat hulpverleners leren van fouten, maar kan die kennis niet sneller en breder worden verspreid?**

Kaptein: "Juist daarom is het systeem van melden van incidenten en calamiteiten opgezet! Natuurlijk moeten verbetermaatregelen breder worden toegepast dan alleen op de betreffende afdeling. In de praktijk zien we helaas dat het lastig is om ze in de organisatie door te voeren, laat staan dat de hele sector ervan leert.

"Dat komt omdat op andere afdelingen al snel de waan van de dag overheerst. Bovendien kan een casus maar beperkt inhoudelijk worden besproken buiten de betrokken instelling, vanwege beroepsgeheim en privacy. Die twee dingen zitten op grotere schaal snel leren en verbeteringen doorvoeren in de weg. De inspectie probeert dit te doorbreken door steeds vaker geanonimiseerd over casussen te publiceren. Voor ons was het de belangrijkste reden om dit boek te schrijven."

De casus 'mevrouw Van Beek' laat zien dat het ook tussen artsen onderling vaak lastig samenwerken is. De 68-jarige mevrouw met een alcoholverslaving kwam bij de crisisdienst van het ziekenhuis terecht nadat ze twee keer was gevallen en erg onrustig was. De huisarts bleek deze patiënt beu, de internist wilde – ondanks door laboratoriumonderzoek bevestigde problemen met nieren en lever – Van Beek niet hebben en verwees haar terug naar de huisarts. Uiteindelijk werd duidelijk dat ze ernstige botontkalking had, een wervelfractuur en een ernstige longontsteking, en ont kwam ze op het nippertje aan een dwarslaesie.

**Dat klinkt wel heel erg ernstig.**

Kleinsman: "Helaas is het een realistische casus. Het komt nog steeds voor dat een algemeen ziekenhuis psychiatrische patiënten liever buiten de deur houdt. Iets anders is, dat hun fysieke klachten niet altijd serieus worden genomen. Ik heb meegemaakt dat een trombosebeen door verschillende artsen werd gemist doordat ze de klachten van de patiënt psychisch hadden geduid."

**Kunnen we hier dan wél schuldigen aanwijzen?**

Kleinsman: "Die afwijzende houding heeft met stigma te maken: er is angst en onbegrip voor psychiatrische stoornissen, waardoor er weerstand is zich in de patiënt te verdiepen. Het is ook ingewikkeld. Zelfs in een psychiatrisch ziekenhuis is het soms moeilijk op tijd vast te stellen dat iemand somatisch iets mankeert. Bovendien gedragen sommige mensen zich zo problematisch, dat lichamelijk onderzoek doen best lastig is. Maar in alle gevallen hebben we als psychiaters de plicht om assertief te zijn als we denken dat zulk onderzoek nodig is."

anders doe je niets zo lang het probleem dat jij zelf kent, niet uit de hand loopt; terwijl je juist actie moet ondernemen om te voorkomen dat er een gevaarlijke cocktail ontstaat van problemen die kunnen escaleren."

Mijnheer Pieters werd uiteindelijk gedwongen opgenomen, het gezin is verhuisd en wordt begeleid. Zijn casus was in dit geval een reden om de samenwerking tussen de verschillende instanties te verbeteren: voortaan krijgt één persoon de leiding, en het protocol voor het delen van informatie is aangescherpt. Het blijkt goed mogelijk informatie te delen zonder diep in te gaan op persoonlijke details.