

(Intro: Tuitjenhorn)

Ik wil beginnen met enkele opmerkingen over een even actueel als pijnlijk onderwerp: de gebeurtenissen in Tuitjenhorn. Als ik daar vanuit veiligheidsoptiek naar kijk vallen me een aantal zaken op. Blijkens perspublicaties had de coassistent kritiek op de handelwijze van de huisarts. Het ging om de toediening van een grote dosis morfine bij een patiënt, met het oogmerk hem uit zijn lijden te verlossen. Zij heeft de handelwijze van de arts gemeld bij haar begeleider in het AMC. De huisarts nam het de coassistent, haar begeleider en uiteindelijk het AMC zeer kwalijk dat deze zaak, zonder dat met hem overleg is geweest, is gemeld bij de Inspectie.

Dames en heren,

In Medisch Contact van 7 november lees ik dat coassistenten moeten leren hun mond open te doen als hun opleider dingen doet die volgens hen niet door de beugel kunnen. Huisarts Tromp zou op zijn beurt de betrokken coassistent na de gebeurtenis diverse malen hebben uitgenodigd om over zijn werkwijze te praten, maar ze zou steeds hebben geweigerd. Dat kan volgens de schrijver van het artikel in Medisch Contact temaken hebben met de afwerende houding van de arts ("Maak je niet druk, zo doe ik dat nu eenmaal") maar ook geschoktheid of huiver bij de coassistent zelf; ze zien op tegen artsen die hun opleiding verzorgen of zijn bang voor een slechte beoordeling.

(Crew Resource Management)

Toen ik dit las moest ik denken aan het principe uit de luchtvaart, Crew Resource Management (CRM). Dit is eind jaren zeventig ontwikkeld om incidenten aan te pakken die gebeurden door het falen van de samenwerking in de cockpit. Het meest bekende voorbeeld hiervan was de ramp op Tenerife op 27 maart 1977. toen twee Boeings, van de KLM en van Panam, op elkaar botsten. Hierbij kwamen 583 mensen om het leven. Ondanks de mededeling van de copiloot van het KLM toestel dat er geen toestemming was van de verkeerstoren, begon de gezagvoerder toch aan de take off en botste in volle vaart tegen het Panam toestel, dat aan het taxiën was over de baan.

Het incident tussen de copiloot en zijn gezagvoerder was reden om meer aandacht te besteden aan de werkstructuur in de cockpit van vliegtuigen; en aan het aanmoedigen van elkaar aanspreken en optreden tegen een foute handelwijze van een superieur.

Wie controleert de gezagvoerder, de hoogste in rang, de baas of de arts? Dat is de relevante vraag. Wie corrigeert u als huisarts? Dit vraagt om een vangnet en om checks and balances. CRM is daar een voorbeeld van. Daarbij staan niet-technische vaardigheden centraal zoals communicatie, besluitvorming en leidinggeven. CRM is tamelijk concreet, het is ontwikkeld voor het werken in een cockpit, waar twee of drie mensen zitten. Van die twee mensen hangt veel af – de levens van iedereen in het vliegtuig. Daarom is de inbreng van beiden hard nodig. Een slecht functionerend Crew Resource Management is in ongeveer zeventig procent van de incidenten en ongelukken in de luchtvaart beslissend voor een fatale afloop.

(Vliegramp Libië)

Zo ook op 12 mei 2010. Op die dag crashte een vliegtuig van Afriqiyah Airways op het vliegveld van Tripoli. Op een passagier na, een Nederlandse jongen, kwamen alle 103 inzittenden om het leven. 70 van hen hadden de Nederlandse nationaliteit. Op 28 februari 2013 maakten de Libiërs bekend dat de oorzaak van de crash was dat de piloten van het Afriqiyah Airways-vliegtuig niet goed samenwerkten. Ook hier was het CRM dus niet in orde: er was onvoldoende samenwerking tussen bemanningsleden en andere betrokkenen bij de uitvoering van een veilige vlucht. Het grondbeginsel is dat ieders oordeel even zwaar weegt ongeacht leeftijd, anciënniteit en ervaring. Ook de ervaren piloot is verplicht te luisteren naar de signalen, opmerkingen van zijn jongere collega.

Goede samenwerking en het benutten van de cruciale informatie is van elementair belang voor veiligheid. Dat gold voor de vliegcrashes in Libië en op Tenerife, maar misschien ook voor de kwestie Tuitjenhorn. Meer in het algemeen gaat het me om een mechanisme in de luchtvaart dat belangrijk is voor veiligheid, dat ook van toepassing is op de veiligheid in andere sectoren, zoals de gezondheidszorg: het organiseren van een "vangnet" en daarmee van checks and balances. Graag spiegel ik ter illustratie enkele ervaringen uit een aantal onderzoeken van de Onderzoeksraad voor Veiligheid.

(Onderscheid IGZ OOV)

Dames en heren,

De Onderzoeksraad voor Veiligheid doet onderzoek ter lering en is er niet om schuldigen aan te wijzen. De Raad is een zelfstandig bestuursorgaan en is bij wet bevoegd onderzoek te doen op alle denkbare terreinen. De Raad is in februari 2005 opgericht om onafhankelijk onderzoek te doen naar ongevallen, rampen en crises.

Wij leveren een bijdrage aan veiligheid door te wijzen op de gevonden veiligheidstekorten en door het doen van aanbevelingen ter verbetering. Aan betrokken partijen: bedrijven, instellingen en overheidsorganisaties.

De Onderzoeksraad richt zich vanuit de historie op transportsectoren zoals de burgerluchtvaart, de railsector, en het wegverkeer. Daarnaast ligt de prioriteit van de Onderzoeksraad enkele jaren ook terreinen als digitale veiligheid, industrie, bouw en gezondheidszorg. Het zal u niet zijn ontgaan dat wij dinsdag een onderzoek hebben gepubliceerd over de uitbraak van een salmonellabesmetting in gerookte zalm van vorig jaar. En terzijde merk ik op dat het surveillancesysteem van het RIVM, dat uw meldingen verwerkt, goed heeft gewerkt.

De structurele toezichthouder in de gezondheidszorg is uiteraard de IGZ. Waar rijksinspecties als de IGZ continu aanwezig zijn in een sector, meldt de Onderzoeksraad zich incidenteel. Waar de rijksinspecties uiteindelijk zijn onderworpen aan de ministeriele verantwoordelijkheid, is onafhankelijkheid voor de Onderzoeksraad een wezenskenmerk, met wettelijke waarborgen omgeven. De Inspectie gaat, zoals u weet, over de kwaliteit van zorg en heeft verschillende maatregelen in portefeuille om die te waarborgen; zij kan advies geven, verbeteringen voorschrijven, boetes uitdelen, corrigerend optreden en daar waar nodig afdelingen sluiten. In zeer ernstige gevallen kan de inspectie het initiatief nemen tot tucht-, bestuurs- of strafrechtelijke procedures. Bij ernstige calamiteiten is de IGZ en vermoedens van strafbare feiten moet de IGZ het OM inschakelen.

(Valkuil van accreditering / certificering)

Dames en heren,

Wat we van onze onderzoeken leren is ondermeer dat de formele systemen, of zij nu intern zijn – zoals bijvoorbeeld een kwaliteitssysteem – of extern zoals een systeem van accreditatie, wel belangrijk zijn, maar nooit voldoende zijn voor de bewaking van kwaliteit en veiligheid. Een certificaat is geen garantie.

Binnenkort publiceren wij ons onderzoek naar de wijze waarop het voormalige Ruwaard van Putten Ziekenhuis in Spijkenisse de veiligheidsrisico's beheerste. Als voorschot zou ik het volgende alvast willen zeggen. Het ziekenhuis had vanaf 2008 een NIAZ-accreditatie. (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg). De accreditatie van het ziekenhuis was vier jaar geldig en liep in juni 2012 af. Eind 2012 werd de afdeling cardiologie van het ziekenhuis op last van de Inspectie gesloten. In ons binnenkort te verschijnen rapport laten we zien dat ondanks deze accreditatie de echte problemen niet boven tafel kwamen. Het ziekenhuis heeft zelf onvoldoende ingezet op de noodzakelijke verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

In ons onderzoeksrapport 'Veiligheid Odfjell Terminals Rotterdam 2000 – 2012' van 18 juni dit jaar beschrijven we dat er bij dat bedrijf sprake was van een langdurig onbeheerste veiligheidssituatie en werd niet voldaan aan wet- en regelgeving. Desondanks gaf certificeerder Lloyd's Register Nederland een certificaat af voor het milieumanagementsysteem. Lloyds besloot het certificaat in te trekken toen het bedrijf onder druk van de inspecties werd gesloten.

Een ander voorbeeld uit de bouw. Op 21 oktober 2010 stortte een vloer van de in aanbouw zijnde toren in Rotterdam in. Vijf mensen op de werkvloer raakten zwaargewond. De derde verdiepingvloer begaf het doordat de tijdelijke ondersteuningsconstructie - een steigersysteem - onvoldoende stabiel was. Wij concludeerden in ons onderzoek dat er gedurende en na de opbouw een controlemechanisme ontbrak om te voorkomen dat de incomplete ondersteuningsconstructie in gebruik werd genomen. Het is in eerste instantie aan betrokken bouwpartijen hiervoor maatregelen te treffen. De vorm waarin dat gebeurt, verschuift steeds meer van directievoering en toezicht door opzichters naar vormen van kwaliteitsborging en certificering. Echter, generieke kwaliteitszorg en certificering kan geen vervanging zijn van samenhang en samenwerking tussen partijen op projectniveau. Certificering maakt weliswaar aannemelijk dat bepaalde procedures zijn gevolgd, maar is daarmee nog geen borging van de bouwkwaliteit.

Een certificaat is een papieren tijger als veiligheid en kwaliteit niet zijn geworteld de bedrijfscultuur, als kwaliteit en veiligheid niet een integraal onderdeel zijn het handelen en het denken van professionals. Daar horen bij het reageren op zachte signalen, het actief aanspreken van collega's, een principiële bereidheid om het eigen handelen te bespreken, een toetsbare opstelling kortom. Ook deze aspecten van houding en gedrag dienen een centrale plaats te krijgen in het systeem van accreditatie en bij de onderlinge visitaties binnen uw beroepsgroep. En uiteraard is het cruciaal deze elementen een centrale plaats in de opleiding te geven. De coassistenten kunnen niet vroeg genoeg ervaring opdoen en huisarts- opleiders dienen scherp gehouden te worden door de vragen en opmerkingen van de coassistenten.

(Meldingsbereidheid)

Dames en heren,

Bij het onderkennen van signalen dat het niet goed zit in een organisatie is een veiligheidscultuur nodig. Een cultuur waar mensen elkaar aanspreken. Hoe is dat in de zorg? Het melden van *calamiteiten* in de zorg aan de inspectie is verplicht. Voor *incidenten* geldt geen meldplicht, dat is een interne kwestie voor een zorgaanbieder. Hoe meer er wordt gemeld, hoe beter geleerd kan worden van fouten en bijna-fouten. Alleen als duidelijk is waarom een incident is ontstaan, kunnen effectieve maatregelen genomen worden die voorkomen dat in de toekomst nog een keer een dergelijk incident zal plaatsvinden.

In de luchtvaart bestaat een sterke veiligheidscultuur en wordt grote waarde gehecht aan transparantie en leren van incidenten. Ze zijn daar allang overtuigd van de noodzaak incidenten te melden. Melden is zelfs verplicht. Na een incident wordt de vlucht vervolgens uitgebreid geëvalueerd, soms met een simulatie. Een open cultuur op dat gebied is ook goed mogelijk, omdat het OM zich nauwelijks met de luchtvaart bemoeit, behalve als er sprake is van grove nalatigheid (zoals drankmisbruik bijvoorbeeld). En ook van de Inspectie Luchtvaart en Transport hoeven piloten weinig te vrezen; het tuchtrecht is afgeschaft, juist om de meldingsbereidheid te vergroten. Een en ander is vastgesteld in een Europese Richtlijn, die beoogt de meldingsbereidheid te verhogen door de lidstaten te verplichten om melders van voorvallen in de burgerluchtvaart, onder voorwaarden, te vrijwaren van bestuursrechtelijke sancties.

In de gezondheidszorg wordt er gelukkig steeds meer gewerkt met het systeem van veilig melden en daar wordt ook steeds meer gebruik van gemaakt. Op basis van de onderzoeken in de gezondheidszorg die wij de laatste jaren hebben uitgevoerd, vragen we ons af of de huidige meldingspraktijken wel voldoende opleveren en bijdragen aan de gewenste cultuur van openheid en aanspreekbaarheid. We vragen ons af in hoeverre het gegeven dat er ook altijd sprake kan zijn tuchtrechtelijke maatregelen, boetes en sancties niet een grote hindernis vormt voor het veilig melden en het streven naar openheid.

Wij zien hier twee functies, leren en sanctioneren, door elkaar lopen. Openheid is noodzakelijk om te leren maar als die openheid ook kan betekenen dat er sancties volgen, is het gauw gedaan met die openheid en met het zelfreinigend vermogen. De IGZ hanteert conform de wettelijke opdracht bij het handhaven van de kwaliteit van zorg zowel stimuleringsmaatregelen als sanctionerende maatregelen. In het huidige maatschappelijke klimaat ligt de nadruk nu meer op het tweede dan het eerste. De vraag is of dat een open meldcultuur bevordert. Naar mijn mening dient de verhouding tussen melden, tuchtrecht en strafrecht nog eens nadrukkelijk bestudeerd te worden.

Waar beroepsmatig wordt gewerkt, worden fouten gemaakt. Uiteindelijk weten we allemaal dat fouten niet te vermijden zijn, dat een risicoloze gezondheidszorg niet bestaat. Deze week werd duidelijk dat het cijfer van de vermijdbare schade van letsel en overlijdensgevallen in ziekenhuizen met 50% is gedaald. Toch blijft er een risico. Een aanspreekbare en toetsbare houding zijn nodig om van fouten te leren. Veiligheid gaat over signalen benutten in een open cultuur, over alert optreden, over een systeem dat je niet aan de schandpaal nagelt als je werk maakt van een signaal dat er iets niet goed zit. Uiteraard ligt hier ook een verantwoordelijkheid voor

de politiek en de media. Maar het begint uiteindelijk bij ieder van u als beroepsbeoefenaar; zorg voor toetsing, spreek elkaar aan op gedrag en organiseer dat van fouten geleerd kan worden.

Dames en heren,
ik hoop dat ik u met mijn inleiding enkele ingrediënten heb aangereikt om verder te investeren in een open leerklimaat ten behoeve van goede huisartsenzorg.