

## “Een patiënt is geen vliegtuig”

Marck Haerkens, chirurg en ex-apachehelikopterpiloot, heeft na het verlaten van de Koninklijke Luchtmacht vier jaar geleden Wings of Care opgericht. Met deze organisatie heeft hij een heel nieuwe missie: het nationaal veiliger maken van de zorg, gebruik makend van elementen uit de vliegwereld. Een gesprek op zijn thuisbasis: het kantoor-aan-huis van Wings of Care in Den Bosch.

door: Sarah Woltz

De vergelijking tussen de medische wereld en de vliegwereld wordt vaak gemaakt. Volgens Haerkens gaat die echter nogal eens mank: “Er zijn ongelooflijk veel verschillen tussen de luchtvaart en de zorg, maar de risicoprofielen liggen heel dicht bij elkaar. Het zijn allebei kritische processen met saai en gevaarlijke elementen. In de luchtvaart hebben we al lang geleerd dat we een proces voorspelbaar moeten maken tot een beheersbaar proces, en dat missen we in de zorg. Maar een patiënt is natuurlijk geen vliegtuig.”

Met Wings of Care is Haerkens vier jaar geleden een strijd begonnen om ziekenhuizen patiëntveiliger te maken, waarbij hij onder andere gebruik maakt van Crew Resource Management (CRM), in de luchtvaart al decennia een begrip. CRM

omvat kort gezegd de hele set trainingen en procedures om teamwork te verbeteren en kritische processen veiliger te maken. Een onderdeel hiervan zijn vaste procedures, briefings en de-briefings, checklists en gedragscodes, maar ook het verbeteren van teamwork en “situational awareness”. Zo is de hele IC van het UMC St Radboud grondig aangepakt volgens de CRM-trainingsmethode, een project waarvoor Haerkens met Wings of Care de IGZ-ZorgVeiligPrijs 2013 heeft gekregen.

De implementatie blijkt echter geen makkelijke. Haerkens: “Het is niet een kwestie van één gedragsregel de IC in donderen, het is echt een cultuurinterventie. Na drie maanden voorbereiding heeft iedereen twee verplichte dagen intensieve training gehad. Zonder piepers en in kleine,

multidisciplinaire groepen. Dat gold voor iedereen: van hoogleraar tot jongste bediende. Vervolgens gaat een kerngroep onder begeleiding een jaar aan de slag met specifieke actiepunten die tijdens de trainingsgroepen door henzelf geformuleerd zijn. Dat *ownership* is belangrijk om te voorkomen dat mensen zeggen: jullie idee, niet het mijne.”

Volgens Haerkens wordt onderschat hoe makkelijk de saaiere onderdelen van een gevaarlijk proces mis kunnen gaan. De status die je moet invullen na het opvangen van een trauma, medicatieopdrachten invoeren, antibiotica checken: de routineklussen. Daar kunnen procedures en checklisten bij helpen. Bang dat die taken daarmee juist nog saai worden, is Haerkens niet. “Als luchtmachtvlieger heb ik geleerd dat vaste procedures helpen om de werklust behapbaarder te maken en je handelen voorspelbaarder te maken voor je collega's. Ook als het mis gaat weten zij wat ik ga doen. Bovendien word je altijd gestoord: door een radio-oproep in de cockpit, in het ziekenhuis door die eeuwige piepers. En dan gaat het mis en zijn de gevolgen mega. Dus daarom gebruikte ik bijvoorbeeld tijdens het opstarten van de apache (helikopter) altijd die checklist, tot op de laatste trip.” Volgens Haerkens moet een checklist aan drie criteria voldoen. “Het moet gelden voor iedereen die in het winkeltje werkt, het moet geen onwerkbaar telefoonboek zijn en iedereen moet beseffen: wij doen dit héél serieus anders wordt het niet geaccepteerd wat wij hier vandaag doen. In de vliegwereld is een checklist óf ontzettend belangrijk, óf hij is er niet.”

Eén van de weinige checklists waar chirurgen dagelijks mee te maken hebben, is



Marck Haerkens

de Time-out, een procedure waar iedereen inmiddels aan gewend is. Maar daarna kan iedereen zijn gang gaan. Haerckens: “De OK is een hiërarchische omgeving waar risicovolle dingen gebeuren, wat dat betreft vergelijkbaar met de cockpit. Op de OK is iedereen lief en aardig als het goed gaat, maar als het niet meer zo goed gaat, kan er gemakkelijk een bijzonder ruwe werksfeer ontstaan. De messen vliegen nog net niet in het rond. Dat is het kenmerk van een niet-optimaal draaiend kritisch proces en we hebben dus écht wat te winnen. Je kunt veel zeggen van de luchtvaart, maar ze hebben wel die heftige uithoeken afgevlakt. Ook met je grootste vijand kun je prima een missie vliegen, terwijl ik moeite zou hebben om met een vijand een operatie te doen. Er zijn zoveel vrijheidsgraden in gedrag op de OK; je kunt het elkaar zo moeilijk maken als je wilt.”

Om het elkaar wat makkelijker te maken zijn ook afgesproken gedragsregels voor bepaalde situaties onderdeel van CRM. Haerckens: “In de luchtvaart hanteren we afgesproken codewoorden om onomstotelijk duidelijk te maken dat je denkt dat een proces niet goed gaat. Iedereen neemt dat heel serieus. Als iemand op de IC in het St Radboud *stop deze procedure* zegt, moet de procedure onmiddellijk afgebroken worden. Ook als de allerjongste verpleegkundige het zegt. Wij zijn altijd bang dat er sukkel is die door misbruik van dat recht dat hele proces gaan verstoren, maar in drie jaar tijd is op de IC nog maar twee keer deze noodrem gebruikt. Het werkt omdat het consequenties heeft: je hebt in de debriefing serieus iets uit te leggen als je de procedure onderbroken hebt, maar ook als iemand de codezin negeert, moet hij met een goede verklaring komen. In de luchtvaart is dit ook bloedserieus: bij drie ernstige CRM-violations die je onvolgende kan verdedigen en die niet leiden tot beter gedrag, heb je het over het einde van je baan, ook al heb je technisch niets fout gedaan.”

Haerckens kan rekenen op heel wat weerstand. Medici – en dan vooral de A-type

machomannen in de chirurgie wereld – vinden vaste procedures een aantasting van hun professionele autonomie. “De gedachte is: *‘Kom op zeg, dat kan ik heus wel zonder checklist’*. Maar ik pleit niet voor het inperken van vrijheden, of voor het opleggen van zinloze rituelen. Wij bieden alleen vaste bouwstenen aan voor bekend risicovolle processen.” Volgens Haerckens ging dat ook in de luchtvaart niet vanzelf. De onderzoeksresultaten van enkele opeenvolgende vliegcrashes, met name die op Tenerife in 1977, lieten zien dat de “Human Factor” de hoofdoorzaak vormde, en niet bijvoorbeeld falende techniek. Dit heeft geleid tot een omslag. De internationale burgerluchtvaartorganisatie (ICAO) beseftte: er móet iets veranderen, wat heeft geleid tot een reeks aan maatregelen waaronder CRM.

Dat is in de zorg toch anders. Haerckens: “Als het verkeerd gaat in de cockpit,

zich ook richten op de opleidingen. “Niet alleen AIOS moeten dit in hun opleiding krijgen, maar ook verpleegkundigen, anesthesiemedewerkers en OK-assistenten. Dat is pas echt multidisciplinair onderwijs. De hogescholen moeten dus samen gaan werken met de universiteiten. Hiervoor is wel één echte nationale CRM-standaard noodzakelijk. Iedereen moet het CRM-format kennen en dan in een tent komen waar het al draait. Dan pas wordt en blijft dit systeem een echte standaard voor “non-technical skills”.

Omdat het veranderen van fundamentele werkwijzen in de medische wereld kansloos is zonder wetenschappelijk bewijs, is Haerckens bezig met het onderzoeken van het resultaat van zijn interventies, in de hoop tot een evidence-based standaard te komen waar niemand meer onderuit kan. Hierop wil hij in de komende jaren promoveren. “We zijn onderzoeksmethodes aan het ontwikkelen om te meten

## “DE MOTIVATIE OM TE VERANDEREN IS VEEL GROTER IN KLINIEKEN DIE BIJNA OMGEVALLEN ZIJN”

resulteert dat in een rokend gat in de grond en honderden doden. Dat valt op. In de chirurgie gebeuren calamiteiten lokaal en per patiënt. Daarom is het urgentiegevoel er niet automatisch bij andere collega's. Wat je wel ziet, is dat de motivatie om te veranderen veel groter is in klinieken die bijna omgevallen zijn. Dat vergemakkelijkt de acceptatie.” CRM is vliegers en cabinepersoneel ooit opgelegd, inmiddels zijn ze er volgens Haerckens heel blij mee, omdat het naast een veilige ook voor een comfortabele werkomgeving zorgt. “De hoop is dat wij op de OK het zelf gaan doen. Daarmee laten we als professionals zien dat naar waarde te schatten. Dat hoop ik als collega.”

Behalve de bestaande manier van werken omgooien door interventies zoals die op de IC van het St Radboud, wil Haerckens

hoe een tent draait. In de wereldliteratuur zijn er drie metingen waarvan we weten dat ze gezamenlijk een vrij goed beeld geven: harde cijfers zoals complicaties, metingen hoe veilig werknemers het zelf vinden en de veiligheidsperceptie van collega's op de afdeling. We doen voor- en nametingen en een interventie van een jaar. Succes is niet verzekerd, maar het licht staat op groen. Ik verwacht dat we onze effecten binnenkort wetenschappelijk zullen publiceren. Het tweede doel is mijn promotie. Daarna, als dit alles is afgerond, wil ik weer meer tijd besteden aan het echte werk. Ik loop nu risico: ik doe dingen die niet operatierelateerd zijn en die niet altijd even populair zijn. Maar ik ga mijn hart achterna; ik denk dat dit is wat ik met mijn mogelijk wat bizarre dubbelfunctie kan toevoegen aan het vak.” ■