



Universiteit  
Leiden

The Netherlands

## Moving with care: challenges and opportunities for supporting patient safety in ward nurses

Tresfon, J.A.S.

### Citation

Tresfon, J. A. S. (2025, June 20). *Moving with care: challenges and opportunities for supporting patient safety in ward nurses*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/4250185>

Version: Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/4250185>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).



# ADDENDUM





# Nederlandse Samenvatting

*Bewegen met zorg: kansen en uitdagingen voor ondersteuning van patiëntveiligheid bij verpleegkundigen op een verpleegafdelingen.*

## **Introductie en probleemstelling**

Deze dissertatie gaat over patiëntveiligheid op ziekenhuisafdelingen. In het bijzonder richt dit proefschrift zich op de activiteiten die verpleegkundigen op verpleegafdelingen uitvoeren om veiligheid voor hun patiënten te creëren, en de relatie met verschillende kwaliteits- en patiëntveiligheidsinstrumenten.

In het Nederlandse zorgsysteem is er de afgelopen decennia veel aandacht geweest voor patiëntveiligheid. De laatste jaren lijkt de vooruitgang op dit gebied echter tot stilstand te komen, waarbij de meest recente cijfers zelfs wijzen op een toename van vermijdbare schade aan patiënten. Tegelijkertijd worstelt het Nederlandse zorgsysteem intern met de huidige praktijk van verantwoording. Op nationaal niveau zijn beleidsmaatregelen en programma's gelanceerd om de patiëntveiligheid te verbeteren en de verantwoordingstructuren binnen ziekenhuizen opnieuw te evalueren. Hoewel pilotprojecten bescheiden succesvol zijn geweest, wordt er op nationaal niveau nog steeds weinig vooruitgang geboekt. Ten dele valt dit te wijten aan het verantwoordingsstelsel zelf, dat zorgverleners onder druk zet om hun zorgactiviteiten te rapporteren en te verantwoorden, in plaats van deze activiteiten te ondersteunen in het behalen van goede uitkomsten op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Tegen deze achtergrond is er interesse gegroeid in benaderingen die de laatste twee decennia internationaal populair zijn geworden in de veiligheidswetenschapsgemeenschap: Safety-II, Just Culture en Resilience Engineering.

Safety-II, met zijn theoretische basis in Resilience Engineering, pleit ervoor dat veiligheid benaderd moet worden door ervoor te zorgen dat activiteiten zoveel als mogelijk succesvol worden uitgevoerd. Veiligheid zou dan beheerst moeten worden door de dagelijkse activiteiten in zorgprocessen te verkennen, en te identificeren hoe mensen en systemen zich continue aanpassen en veerkrachtig presteren. Dit aanpassingsvermogen en veerkrachtig presteren wordt in de literatuur ook wel aangeduid als *resilience*. Daarnaast gaan Safety-II en Resilience Engineering er vanuit dat veiligheid dagelijks gecreëerd wordt.

In plaats van de reactieve aard van de meeste traditionele veiligheidsbenaderingen, biedt *resilience* een theoretisch argument voor het proactief beheersen van veiligheid in afwezigheid van incidenten en schade. Terwijl de huidige en toekomstige

uitdagingen voor zorgsystemen de behoefte aan proactieve veiligheidsbenaderingen benadrukken, is er relatief weinig onderzoek naar de bewijsbasis en implicaties van Safety-II en Resilience Engineering voor ziekenhuiszorg of andere zorginstellingen.

Onderdeel van de Safety-II en Resilience Engineering theorie is het idee dat hoe werk zoals het bedacht is, *work-as-imagined* (WAI), significant kan verschillen van hoe het werk in de praktijk wordt uitgevoerd, de *work-as-done* (WAD). Toch wordt er in Resilience Engineering-studies weinig aandacht besteed aan hoe de relatie tussen WAI en WAD zich ontvouwt. Het begrijpen van deze relatie is cruciaal, aangezien de kloof tussen WAI en WAD suggereert dat organisaties mogelijk een onvolledig begrip hebben van hoe zij patiëntveiligheid moeten ondersteunen, terwijl tegelijkertijd veiligheid weldegelijk gecreëerd wordt in de dagelijkse zorgpraktijk.

Hoewel patiëntveiligheidsinitiatieven gebruikelijk zijn op de Intensive Care (IC), Spoedeisende Hulp (SEH) en operatiekamers, wordt er door wetenschappers relatief weinig aandacht besteed aan de setting van de algemene ziekenhuisafdeling. Wanneer er interesse is in ziekenhuisafdelingen, het domein van verpleegkundigen, worden deze settings doorgaans onderworpen aan gerandomiseerd onderzoek met controlegroep (RCT's), kwaliteitsverbeteringsstudies of standaardisatie van praktijken om aan patiëntveiligheid te werken.

Verpleegkundigen worden daarnaast historisch gezien als een gemarginaliseerde groep in de context van ziekenhuiszorg. De formele en maatschappelijke verantwoordelijkheid voor behandeling en patiëntuitkomsten ligt bij de arts. Verpleegkundigen worden vaak gezien als uitvoerders van het behandelplan van een arts. Tegelijkertijd brengen verpleegkundigen de meeste tijd door aan het bed van de patiënt, en hebben daardoor een primair belang bij de zorgen en de klinische toestand van de patiënt. Verpleegkundigen leveren daardoor een belangrijke en aanhoudende bijdrage aan de realisatie van patiëntveiligheid op ziekenhuisafdelingen. In het licht van hun professionele en sociaal-culturele status binnen het ziekenhuis, is het echter zozeer de vraag of deze bijdrage volledig gewaardeerd wordt door bestaande kwaliteits- en patiëntveiligheidsinstrumenten. Dit proefschrift richt zich daarom op het verkennen van de relatie tussen de dagelijkse praktijk en kwaliteits- en patiëntveiligheidsinstrumenten bij verpleegkundigen op verpleegafdelingen. De vraag die centraal staat is: hoe is de relatie tussen *work-as-imagined* en *work-as-done* voor verpleegkundigen op een verpleegafdeling?

In het vervolg van deze samenvatting worden de belangrijkste bevindingen van elk hoofdstuk van het proefschrift beschreven.

### **Empirische hoofdstukken**

In **hoofdstuk 2** werd de relatie tussen WAI en WAD onderzocht op specifieke kwaliteitsthema's binnen klinische processen in zes verschillende teams in drie ziekenhuizen door middel van het concept van verantwoording. Horizontale verantwoording, benaderd door de manier waarop zorgprofessionals in de praktijk in gesprek zijn binnen de klinische processen, bleek voornamelijk gerelateerd te zijn aan patiënt specifieke gevallen. Hoewel er binnen teams verschillende meningen bestonden over wat de juiste benadering was, werden deze meningen zelden plenair besproken en ontstond teambrede reflectie niet spontaan. Hoe processen in de praktijk werden uitgevoerd, week af van de richtlijnen, voornamelijk door personeelstekorten, verschillende niveaus van klinische ervaring, een ervaren gebrek aan nut van een richtlijn of protocol, apparatuur problemen en samenwerkingsproblemen. Verticale verantwoording was daarentegen voornamelijk gericht op het registreren van cijfers en de behoefte aan toezicht en controle door de hogere lagen in de organisatie. WAI, en hoe verticale verantwoording was georganiseerd, bood weinig hulp bij de uitdagingen die in de praktijk werden aangetroffen of voor doorlopende pogingen tot kwaliteitsverbetering.

**Hoofdstuk 3** ging dieper in op de WAD van verpleegkundigen op verpleegafdelingen en beschreef hoe hun dagelijkse activiteiten bekeken kunnen worden door de bril van Resilience Engineering. Hierbij werd duidelijk dat resilience in de zorg op de afdeling vooral gaat over het vinden van overeenstemming binnen een communicatieve ruimte – overeenstemming over de waargenomen, huidige en verwachte risico's voor patiënten en collega's, en hoe hier in de nabije toekomst mee kan om worden gegaan. Het werk van verpleegkundigen en artsen in opleiding wordt gekarakteriseerd door verschillende bronnen van variabiliteit die de tijdelijke en onzekere aard van de uitdagingen in de zorg op de afdeling weerspiegelen. De helft van de geïdentificeerde bronnen van variabiliteit zijn objectief en functioneel, verwijzend naar bijvoorbeeld variabiliteit in ziekteprogressie, toewijzing van patiënten en materiële middelen. De andere helft is subjectief en relationeel, verwijzend naar aspecten en kenmerken van specifieke zorgprofessionals die samen verantwoordelijk zijn voor de zorg aan patiënten op een bepaald moment (bijv. niveaus van professionele ontwikkeling, sociale cohesie en samenstelling van de ploeg/shift). Om met variabiliteit in de dagelijkse zorg om te gaan, bouwen verpleegkundigen werkstructuren door middel van artefacten, tactieken en strategieën om overzicht te behouden over alle prioriteiten van de patiënten onder hun verantwoordelijkheid. Deze structuren helpen tegelijkertijd grip te krijgen op personeelsbezetting, professionele ontwikkeling, onderwijs en voldoende kwaliteit op de afdeling om verwachte en onverwachte toename in werklast

en patiëntcomplexiteit het hoofd te bieden. De variabiliteit en werkstructuren resulteren in sterke sociaal-culturele normen op de afdeling die nodig zijn om veiligheid te creëren voor alle patiënten die voor de korte en middellange termijn op de afdeling zijn opgenomen. Veel van de routinematige activiteiten en de gewenste relaties tussen verpleegkundigen en artsen in het omgaan met variabiliteit werden echter als vanzelfsprekend beschouwd, wat de vraag oproept in hoeverre dergelijke routinematige praktijken een vorm van impliciete kennis zijn.

**Hoofdstuk 4** nam opnieuw een specifiek werkproces van verpleegkundigen op verpleegafdelingen en vergeleek WAD met WAI in detail. Hier zagen we dat een richtlijn en protocol voor vrijheidsbeperkende interventies in de praktijk anders werden toegepast. Verpleegkundigen bleken verschillende tactieken en vaardigheden te hanteren om de inzet van vrijheidsbeperkende interventies te voorkomen, of deze op een zo veilig mogelijke manier toe te passen. Deze tactieken en vaardigheden waren bleven onbekend voor de grotere ziekenhuis organisatie. In feite leverde het verpleegkundig team veilige zorg door structureel af te wijken van het protocol, een niveau van veiligheid dat niet bereikt kon worden door alleen het protocol te volgen. Dit hoofdstuk illustreert dat er verschillende routes bestaan voor het leveren van veilige zorg tussen verpleegkundigen, maar deze werden niet structureel besproken door teamleden, en bieden daardoor ruimte voor het in stand houden en mogelijk verbeteren van de patiëntveiligheid.

In **hoofdstuk 5** werden WAD en WAI op de verpleegafdeling verder bekeken, door het gebruik van een incidentmeldsysteem (IMS) te onderzoeken en hoe dit in de praktijk werd toegepast over een periode van 2,5 jaar. Hier zagen we dat verpleegkundigen een vorm van structurele waakzaamheid tonen bij het bereiken van veilige uitkomsten bij hun patiënten als onderdeel van het normale werk. Als gevolg hiervan bleek dat verpleegkundigen het moeilijk vinden om te specificeren welke gebeurtenissen als meldingswaardig kunnen worden beschouwd. Analyse van het gebruik van IMS door vier perspectieven op cultuur (integratie, differentiatie, fragmentatie en gebonden ambiguïteit) liet zien dat het IMS in de loop van de tijd verschillende vormen aannam, afhankelijk van de legitimiteit die de gemelde onderwerpen ontvingen in de sociale groepsdynamiek tussen artsen en verpleegkundigen. Voor verpleegkundigen bleef het vaak onduidelijk of de acties rondom het IMS en de bedachte verbeteringen daadwerkelijk bijdroegen aan de patiëntveiligheid. De resultaten geven aan dat “incidenten” als concept weinig waarde kunnen hebben voor het werk op verpleegafdelingen, en illustreren dat het IMS geen ‘objectief’ doel op zichzelf heeft, maar eerder wordt vormgegeven door de sociaal-culturele context waarin het wordt toegepast.

**Hoofdstuk 6** beschrijft hoe de relatie tussen WAI en WAD kan worden geherdefinieerd met behulp van de *Functional Resonance Analysis Method* (FRAM). De afstemmingsinspanningen tussen WAI en WAD tonen de waarde van het vergelijken van praktijk en protocol voor vrijheidsbeperkende interventies, wat nieuwe mogelijkheden biedt voor het verbeteren van de patiëntveiligheid door vaardigheden die al aanwezig zijn binnen het verpleegkundig team te waarderen. Tegelijkertijd benadrukte de vergelijking het functioneren en de toegevoegde waarde van WAI, waarbij werd vastgesteld dat zowel het protocol als de kwaliteitsindicator weinig nut hadden voor het beheersen en verbeteren van de patiëntveiligheid. Het hoofdstuk biedt een routekaart voor het benaderen van patiëntveiligheid door de relatie tussen WAI en WAD te herdefiniëren met leden van een verpleegkundig team op de afdeling.

### **Conclusie**

In het algemeen kan geconcludeerd worden dat WAD rommelig, complex en betwist is. Individuele verpleegkundigen verschillen in hun ervaring en expertise, en hebben daardoor verschillende behoeften bij het creëren van patiëntveiligheid. Bovendien wordt veel van wat bijdraagt aan patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg niet herkend door verpleegkundigen en hun samenwerking met artsen. In plaats daarvan krijgen veiligheid en kwaliteit vorm in het discours dat wordt gestuurd door WAI. Hoewel de overkoepelende logica van elk WAI-instrument aanvankelijk gericht kan zijn op veilige patiëntenzorg, is de werkelijke impact van deze instrumenten in grote mate gebonden aan hun manifestaties en onderliggende situationele belangen. Dit maakt het moeilijk te stellen dat WAI slechts een vaste norm is of een enkelvoudige entiteit die objectief de kwaliteit en patiëntveiligheid in de verpleegkunde handhaaft. Wanneer het wordt toegepast op het werk van verpleegkundigen op een verpleegafdeling, is WAI in het algemeen gesitueerd en onevenredig, en heeft daarom een ambivalente relatie met WAD.