



Intensive Care: mindful organiseren tussen leven & dood

Op een onstuimige lentedag fiets ik dwars door de stad richting het ziekenhuis, dat verstoep ligt in de oostkant van de stad. Een groot gebouw met een warme uitstraling. De intensive care is dichtbij en als ik de afdeling oploop, bots ik bijna tegen Nienke Forton op, intensivist. Ze ziet mijn gehaastheid en biedt me koffie aan. Bij de koffiemachine in de wachtkamer maakt ze even contact met mensen en na 'ik moet nog even een telefoontje doen' brengt ze me naar de spreekkamer. Ik kom bij en pak mijn spullen. Rust.

Vanaf het begin van het gesprek is alle aandacht voor het hier en nu. Nienke: "Het vak van intensivist is geen zelfstandig specialisme zoals cardiologie of anesthesie, maar een aandachtsgebied. We zijn vooral denkers en doeners, voeren veel interventies uit. Het gaat om leven en dood. Naast medische kennis en ervaring komt het aan op timing en communicatievaardigheden bij gesprekken met naasten van ernstig zieke patiënten. Het is een intens en prachtig vak!"

Mindfulness & HRO

Een paar dagen eerder spreek ik Chantal Dokter, destijds lid van de Raad van Bestuur en verantwoordelijk voor de portefeuille Kwaliteit en Veiligheid: "Voordat Shirine binnenkwam lag er niet echt een concreet geformuleerd vraagstuk. Willem Optrug, intensivist en destijds unitvoorzitter, en ik waren wel veel in gesprek over veiligheid en kwaliteit."

Nienke: "We hadden juist het tweejaarlijkse medewerkers-tevredenheids-onderzoek (MTO) afgerond en daaruit kwamen twee belangrijke aandachtspunten: communicatie en transparantie." Willem is inmiddels aangeschoven en vult aan: "Ik kwam net terug van de High Reliability Organizing (HRO) conferentie in New Orleans, waar ik Shirine ontmoet heb. In een eerdere conferentie voor intensivisten had ik al wat gehoord over HRO en ben erover gaan lezen. In het gesprek met Shirine kwam de toepassing voor de IC ter sprake."

Nienke: "De visie van Willem en het verhaal van HRO bleek goed aan te sluiten bij een methode die we aan het overwegen waren, waarmee de keuze voor HRO was gemaakt."

Contracteren

Nienke: "Voordat we aan de slag gingen hebben we eerst uitgebreid de randvoorwaarden voor samenwerking gedefinieerd. In het verleden werden trainingen alleen voor een bepaalde groep georganiseerd, voor een functie bijvoorbeeld. Met name de verpleegkundigen stuitte dat tegen de borst; de dokters hoefden nooit! We besloten nu met de hele afdeling, alle medewerkers, helpenden, verpleegkundigen, cursisten (verpleegkundigen in opleiding) en alle artsen het project aan te gaan. Wat mij betreft een belangrijke succesfactor!"

Chantal Dokter: "Op dit gebied is Shirine strak in de leer. Voor het succesvol vervullen van de opdracht moet je vooraf de condities goed regelen. Daarin was ze zeer vasthoudend. Ze zorgde voor een verankering van de aanpak op alle niveaus. Het effect van een werkwijzeverandering op de IC heeft tenslotte invloed op de samenwerking met alle andere medische specialismen."

Strange BV
Lloydstraat 54
3024 EA Rotterdam

KvK: 1014.4139
BTW: 8013.95.677
ABN AMRO: 467.37.94.24

M: 06 22 124 258
E: veranderen@shirine.nl
W: www.shirine.nl

Daardoor moest ook het hoogste niveau, de Raad van Bestuur, gecontracteerd worden. Dat begreep ik, hoewel ik soms de druk op het aantonen van commitment ver vond gaan.”

Willem: “Shirine heeft eerst met alle intensivisten en afdelingsleiders (hoofd verpleegkundigen) een afzonderlijk gesprek gehad. Zo kreeg ze een goed beeld van wat er leefde en waar voor- en tegenkrachten speelden. Ze wilde iedereen contracteren.”

Nienke: “Toch was niet iedereen blij. Er waren medewerkers die zeiden: ‘Als het goed gaat, waarom moeten we dan zo’n circus optuigen?’ of ‘Het sterftcijfer is toch goed?’. Ze waren wel bereid om mee te werken, maar stonden aanvankelijk niet echt open voor verandering. Ze zagen het probleem niet. In de communicatie klopte er namelijk nog veel niet. Tijdens patiëntenbesprekingen durfden verpleegkundigen hun mening niet altijd spontaan te melden, bijvoorbeeld over beslissingen omtrent staken van behandeling.”

Chantal: “Er waren binnen de unit verbeterpunten op het gebied van samenwerking, met name tussen de artsen en verpleegkundigen, maar ook wel tussen de IC en andere units. We werkten met uitstekende teams die goede prestaties leverden, maar waren ook benieuwd of we de patiëntveiligheid nog meer konden vergroten door zowel de samenwerking als afstemming te verbeteren. De benadering van mindfulness zou hierin helpend kunnen zijn.”

De Passengers Terminal

Willem: “Het project startte met een gezamenlijke kick off in de Passengers Terminal aan het IJ. Vier dagen voor telkens een gemixte groep medewerkers. Shirine gaf uitleg over HRO en een analyse van wat er speelde.”

Nienke onderbreekt: “Ik weet nog goed dat ze zei: ‘Ik train alleen medewerkers die het zelf willen. Als je niet wilt, dan train ik je niet. Dan verwacht ik dat je nu naar buiten gaat. Daar wacht een gesprek met de afdelingsleider. Het waren ongeveer haar eerste woorden. Dat was best heftig. Er zijn ook wel mensen opgestapt.’ Willem: “Ik kan me dat ook wel voorstellen. Sommige medewerkers waren sceptisch. Het is heel lastig om naar jezelf te kijken. Je eigen manier van doen, een klaagmodus bijvoorbeeld, geeft ook veel houvast.”

“Na de theorie werden opdrachten gegeven, bijvoorbeeld ‘discussie versus dialoog’ en ‘droom en nachtmerrie-IC’s’. Bij dromen moest je een moment bedenken waarop het goed ging en waarvan je denkt ‘zo wil ik het’. Bij nachtmerries moest je je slechtste moment bedenken.”

“Toen kwamen echt de emoties los! Ik weet nog goed hoe jaren oude verhalen loskwamen, waar mensen dus al lang mee liepen. Je zag de emoties bij alle medewerkers én de betrokkenheid, ook bij de medewerkers die sceptisch waren over HRO. Opvallend vond ik ook dat veel nachtmerriezaken gingen over hetzelfde thema: plaatsgebrek (lees: schaarste aan verpleegkundigen en toch patiënten opnemen). We wisten wel dat het een bekend thema was, maar we zagen nu in dat het echt nodig was om er meer aandacht aan te besteden.”

“In de middag werd een aanzet gedaan voor het opzetten van experimenten, die later in de praktijk werden uitgewerkt. De centrale vraag was: ‘Hoe kunnen we de goede momenten versterken, het aantal vergroten en de slechte momenten verminderen?’ en ‘Hoe kunnen we dat doen via een experiment?’”

Willem: "Iedereen kon zich inschrijven voor een paar experimenten. Alleen al in de manier waarop dat ging werden patronen duidelijk. Sommigen hadden zich op alle experimenten ingeschreven en kwamen daardoor in de knoop. Ik kwam erachter dat we eigenlijk altijd alles voor ze regelden. We hebben ervan geleerd dat we duidelijker kaders moeten scheppen, waarbinnen medewerkers zelf hun zaken moeten organiseren én waarop ze vervolgens aanspreekbaar zijn!"

Voorspelde sterfte

"Eén van de experimenten die bedacht waren betrof de zogenaamde *blamefree evaluatie*. In dit experiment gingen telkens twee medewerkers hun verhaal vertellen van eenzelfde moment, los van elkaar, geleid door alleen maar verhelderende vragen te stellen. Een hele emotionele oefening!" Willem: "We dachten altijd dat we op eenzelfde manier communiceerden, maar hadden dat nooit gecheckt. Met name op de 'semisoft' dingen, bijvoorbeeld als het om ethische zaken ging." Een belangrijk voorbeeld dat zowel Nienke als Willem bijgebleven is, is de zaak van het 'voorspelde sterfte' cijfer. Nienke: "Alles gaat via de computer, maar we dragen altijd 1 A4 bij ons waarop we een overzicht van de aanwezige patiënten maken. Op dat formulier staat per patiënt een voorspeld sterftecijfer, een statistisch getal. Het geeft aan hoeveel patiënten er over een periode met vergelijkbare (en in combinatie) x y z aandoening, verschijnselen etc. zijn overleden. Het zegt dus niets over de voorspelde kans van overlijden van de patiënt zelf."

Nienke: "In het *blamefree evaluatie*-experiment kwam dit getal ter sprake tijdens een gesprek tussen doctoren en verpleegkundigen over einde leven vraagstukken. We bekeken de manier waarop artsen tot besluiten komen om tot behandelbeperking over te gaan (wat doen we niet meer in de behandeling van de patiënt). Een verpleegkundige gaf aan dat ze dacht dat de besluitvorming daarover werd gebaseerd op dat getal. We (artsen) zijn daar enorm van geschrokken. We hadden nooit gedacht dat de verpleegkundigen er zo over dachten. We hebben het er eenvoudigweg nooit over gehad. Dat kwam niet in ons op." Willem: "Door dit experiment kregen we dus de gelegenheid om uit te leggen hoe we tot besluitvorming komen, welke factoren meespelen, dat het in consensus gaat en in overleg met familie en patiënt zelf, dat één ja voor reanimatie tegen één nee toch betekent dat we niet tot een beperking van een behandeling overgaan."

"Bij beide partijen heeft dit experiment opgeleverd dat we nu beter signalen, verborgen vragen, oppakken. Als je nooit het gesprek voert, realiseer je je ook niet dat de vraag leeft. We zijn nu een stuk alerter geworden. Als iemand wat vraagt luisteren we ook beter. We vragen door en checken op 'dubbele' lagen. We zijn alerter op zwakke signalen, medisch inhoudelijk ook!" Nienke geeft een voorbeeld: "Een collega zei: 'We gaan het zo doen', maar ik voelde dat ik even moest checken en zei: 'Dat klinkt niet enthousiast. Hoor ik wat twijfel?'. Ik heb extra antennes gekregen én we hebben nu ANNA: altijd nagaan nooit aannemen."

Kaders & communicatie

Nienke: "We dachten: 'Niet alle medewerkers hoeven altijd alles te weten of juist 'ze weten wel hoe dat werkt'. Puntenclassificatie bijvoorbeeld, een dagelijks invulwerkje voor verpleegkundigen met betrekking tot de zorgzwaarte van de patiënten."

Het bleek weliswaar vanzelfsprekend te worden ingevuld door de verpleegkundigen, maar de originele afspraken werden nooit teruggelezen. We hebben echt opnieuw moeten uitleggen wat de afspraken waren.”

Nienke: “De relatie tussen leidinggevenden en verpleegkundigen is verbeterd. Iedereen weet beter wat zijn taak is en waar hij verantwoordelijk voor is. Voorheen voelden verpleegkundigen zich onzeker en onveilig hierover. Als je om de 5 seconden naar de hoofdverpleegkundige gaat is dat duidelijk teveel, maar hoe de grenzen wel lagen was niet duidelijk. Nu wel.”

“We zijn niet alleen alerter in de onderlinge communicatie, maar ook tijdens de hele behandeling van de patiënt. Er lijkt een soort ‘vangnet’ te zijn ontstaan, een meer vrij voelen om hulp te vragen, mee te denken en elkaar aan te spreken.”

“Er is een *informed culture* ontstaan, van de patiëntenbespreking tot aan het bed. Je ziet bovendien dat experimenten tot concrete andere werkwijzen hebben geleid. Zo werken we nu met een ‘vliegende keep’, een verpleegkundige die niet op 1 bed ingezet wordt, maar beschikbaar is voor alle bedden. Een andere is de ‘time out’ procedure. Elke ochtend tussen half 10 en 10 uur komen we allemaal bij elkaar aan de balie. We zien elkaar dan even en delen met elkaar waar het druk is, waar hulp nodig is enz. Normaal gesproken weet je wat op je eigen kamer en die ernaast gebeurt. Nu ben je betrokken bij de hele afdeling.”

Chantal: “Het is helder, ook voor andere vakgroepen in het OLVG, dat er gewerkt is aan de verbetering van de onderlinge samenwerking. Dat werkte niet alleen door op doctoren en verpleegkundigen op de IC, maar ook op de samenwerking met andere afdelingen van het ziekenhuis. Een bewustwording die door de doctoren zelf is opgemerkt.”

State of the Unit

Nienke: “Het is de verantwoordelijkheid van ons allemaal om de nieuwe cultuur levend te houden, maar wij geloven en zien dat de meerderheid dat doet en mensen die niet mee willen afhaken. De cultuur is echt anders dan een paar jaar geleden.” Nienke en Willem laten ook duidelijk zien waar de doctoren de hand in eigen boezem hebben gestoken.

Nienke: “Ik heb op een gegeven moment de State of the Unit bedacht, met een knipoog naar het Amerikaans voorbeeld, door drie data te plannen voor de medewerkers, waarop iedereen binnen kon lopen en mijn presentatie kon volgen. Daarin keek ik terug op het voorgaande jaar en vooruit naar het nieuwe jaar. Ik besprak de zaken die goed en niet goed gingen. De reacties waren heel verschillend. De ene groep luisterde bedaard en met een andere groep had ik lange en leuke discussies.”

Willem: “Binnen de vakgroep waren er op zich wel portefeuillehouders, maar de precieze verdeling en het mandaat was niet strak genoeg geregeld. Je moest maar aanvoelen wanneer je met een bepaalde zaak naar de vakgroep terug moest of het zelf moest uitzoeken. Te vaak vragen kan zeuren zijn, te weinig is ook niet goed. Het was onduidelijk. We zijn als vakgroep de afgelopen jaren gegroeid van 3 naar 8 artsen dus het was echt nodig om hierover weer duidelijke afspraken te maken.”

“In vakgroepvergaderingen proberen we nu echt naar elkaar te luisteren en bij het onderwerp te blijven. We waren in de loop der jaren heel goed geworden in stapelen. We startten gezamenlijk met een bepaald onderwerp en rolden zo van het ene onderwerp in het andere, namen ‘halverwege’ een besluit waar iedereen het mee eens was maar... Nienke (lachend): “dan vroegen we ons af op welke vraag we een antwoord hadden gevonden.”

“Shirine heeft ons de tools gegeven om naar onszelf te kijken. We hebben voor het eerst de tijd genomen om bij zaken écht stil te staan, even uit de vertrouwde omgeving te stappen (Passengers Terminal) en oefeningen met elkaar te doen. Door het doorvragen tijdens de opdrachten en de onderlinge feedback is er een soort ‘zelfde taal’ ontstaan. We geven nu dezelfde betekenis aan woorden.”

Willem: “Wat we geleerd hebben leer je niet in een eenvoudige vergadercursus. We kregen van Shirine een ‘package deal’, het hele pakket bij elkaar.

Tenslotte

Chantal Dokter: “Door het HRO traject zijn bedekte communicatie- en samenwerkingsproblemen expliciet geworden en dat is heel spannend. Mooi is dat Shirine echte bewustwording én praktische handvatten aanreikt. Je hoeft niet alleen sommige aannames en werkwijzen los te laten, je leert ook hoe het beter kan.”

“Op een bepaald moment in het project erkende Shirine dat ze niet meer de aangewezen persoon was om verandering bij de medici voor elkaar te krijgen. Doctoren nemen nogal eens het meeste aan van hun eigen *peers*. Shirine was 35 en moest te veel ‘overbruggen’. Er was een *éminence grise* nodig met veel veranderkundige ervaring. Ze deed de suggestie om verder te gaan met Frederik Bratenburg. Johan is grijs, heeft een zacht Belgisch accent en is zeer ervaren en wijs. Shirine kan dan ook een stap opzij doen en dat dragen. Dat vind ik grote wijsheid.”

Nienke: “Ik houd erg van het enthousiasme van Shirine. Het is heel erg aanstekelijk en versterkt. We hebben nog weleens telefonisch contact en als ik dan haar reactie hoor op mijn ‘hoe gaat het nu’-verhaal word ik daar heel blij van.”

Chantal: “Ze vraagt een stevig tarief, maar gaat niet voor uur/factuur en makkelijk geld verdienen. Ze is zeer integer en heeft de oprechte overtuiging dat wat ze ziet ook moet gebeuren. Ik heb Shirine hoog zitten en kan veel van haar hebben.”

Hoewel het buiten de deur van deze kamer hectisch moet zijn en voor levens van mensen wordt gevochten, is er tijdens het hele gesprek rust, zonder een spoor van haast, piepers of telefoon. We worden geen moment gestoord. Aandacht en echt contact zijn belangrijker dan tijd. Intensive Care is mensenwerk en ik voel me in volkomen veilige handen.