

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTVG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTVG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Peer support

Onmisbaar in de verbetercyclus na een incident

Martijn P. Heringa, Anneke M. Tiemersma, Jan Jaap H.M. Erwich

Samenvatting

Patiëntveiligheidsincidenten laten de betrokken zorgprofessionals niet onberoerd. Velen van hen kampen na zo'n incident langdurig met negatieve emoties en verminderd professioneel functioneren. Om die reden pleitte Shapiro in 2016 voor het aanbieden van collegiale steun of 'peer support' direct na een incident. Vanaf 2016 hebben 5 umc's samengewerkt bij de invoering van peer support. Een beschrijvende evaluatie van de ervaringen in die umc's laat zien dat peer support breed wordt toegepast, voorziet in een behoefte, wordt gewaardeerd door collega's en merkbaar bijdraagt aan een meer open cultuur. Peer support helpt aangeslagen professionals hun rol te blijven vervullen, ook in de verbetercyclus na een patiëntveiligheidsincident. De betekenis van peer support is wel merkbaar, maar slecht meetbaar. Daarom is het een goed onderwerp voor het nieuwe, meer kwalitatieve 'anders verantwoord' van de inzet van personeel en middelen voor de kwaliteit van zorg, opdat borging ervan blijvend bestuurlijk wordt gesteund.

Zorgprofessionals blijken na een patiëntveiligheidsincident veel te hebben aan collegiale steun of 'peer support'. Het draagt niet alleen bij aan hun eigen welzijn, maar ook aan meer openheid en een veiliger zorg. Daarom zou het in elke zorgorganisatie geborgd moeten zijn.

Ondanks maatregelen om de patiëntveiligheid in de gezondheidszorg te vergroten, doen zich incidenten voor.¹

Patiëntveiligheidsincidenten zijn onbedoelde gebeurtenissen in het zorgproces die tot schade hebben geleid of hadden kunnen leiden.² In een recente enquête onder ruim 5000 artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners gaf 85% van de ondervraagden aan gedurende hun loopbaan één of meer patiëntveiligheidsincidenten te hebben meegemaakt.³ Ongeveer de helft van die incidenten had geleid tot blijvende schade bij of de dood van de patiënt.³ Behalve gezondheidsschade veroorzaken zulke incidenten bij de patiënten en hun dierbaren vaak onbegrip, woede, verdriet en verlies van vertrouwen in de zorg.

Een patiëntveiligheidsincident heeft ook effect op de betrokken zorgprofessionals.⁴ Gevoelens van schuld, schaamte, woede, angst en verdriet plus twijfel aan eigen competenties komen veelvuldig voor.³⁻⁵ Slapeloosheid, verhoogde waakzaamheid en zich ongemakkelijk voelen in het eigen team zijn stressgerelateerde gevolgen die, mede afhankelijk van de ernst van het incident, maanden of langer kunnen aanhouden.³ Een verhoogde kans op burn-out, depressie en zelfs suïcideneiging kunnen het gevolg zijn.^{6,7}

De direct bij zo'n incident betrokken zorgprofessionals worden daarom wel aangeduid als 'second victims'.⁴⁻⁶ Hoewel zij zich soms inderdaad slachtoffer voelen, willen ze niet zo worden aangeduid.⁸ Ook patiënten en hun familie ervaren de term als niet passend.⁹ Daarom gebruiken wij de aanduiding niet.

De behoefte aan steun van collega's bij de verwerking van patiëntveiligheidsincidenten is evenwel groot.^{8,10,11} Om die reden pleitten Jo Shapiro en Pamela Galowitz in 2016 in dit tijdschrift ([D181](#)) voor het aanbieden van collegiale steun na een patiëntveiligheidsincident.¹² Deze steun, nu beter bekend als 'peer support', heeft tot doel de betrokken zorgprofessionals te helpen om te gaan met de gevolgen van een incident en de emoties die daarbij bovenkomen. Belangrijke ingrediënten van peer support zijn dat zorgprofessionals gaan beseffen dat hun gevoelens en stressreacties normaal zijn, dat ze erop durven vertrouwen dat deze geleidelijk zullen verdwijnen, en dat ze zich aangemoedigd voelen tot het ondernemen van constructieve coping-activiteiten. Hoe is het sinds 2016 in ons land met deze collegiale steun gesteld?

Peer support in Nederland

In 2014 startte het UMC Groningen met peer support.¹³ In navolging daarvan besloten de Nederlandse universitaire medische centra: Amsterdam UMC, Erasmus MC, Leiden UMC, UMC Groningen en UMC Utrecht te gaan samenwerken bij de invoering en evaluatie van peer support.¹⁴

De genoemde umc's organiseren peer support volgens deze hoofdlijnen:

Zorgprofessionals wordt zo snel mogelijk na een ernstig patiëntveiligheidsincident actief peer support aangeboden.

Door teams aangewezen collega's hebben een korte training gevolgd om als 'peer supporter' andere zorgprofessionals te kunnen opvangen.

Ieder umc heeft een coördinator die zicht heeft op de patiëntveiligheidsincidenten en die peer supporters koppelt aan de betrokken zorgprofessionals.

Inhoudelijk bestaat peer support uit verschillende fasen, die in maximaal 3 gesprekken aan de orde komen (zie kader).

In de meeste umc's is de steun gericht op alle bij de zorg betrokken professionals, van medisch specialisten tot beveiligers. Daarom zijn daar uit alle professies peer supporters opgeleid met een training in de beschreven aanpak. In sommige ziekenhuizen wordt deze collegiale opvang ook geboden bij andere ingrijpende zorggerelateerde incidenten, zoals agressie, en bij (tucht)klachten. Het omgaan met patiëntveiligheidsincidenten en het aanbod van peer support is in enkele umc's al opgenomen in het curriculum van de artsenopleiding en in trainingen voor de arts-assistenten en stafleden. Sinds 2016 staat het bieden van peer support op de lijst van normen voor goed onderzoek naar calamiteiten die de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd hanteert.¹⁵

In 2015 werd in ons land het Leernetwerk Peer Support opgericht. Inmiddels maken daarvan 37 voornamelijk niet-universitaire ziekenhuizen deel uit (www.peersupportnetwerk.nl). Het Leernetwerk heeft belangrijke gegevens gepubliceerd over het voorkomen en de impact van patiëntveiligheidsincidenten.^{3,6} Het opzetten van peer support in de umc's kent andere uitdagingen dan in de niet-universitaire zorginstellingen. Daarom zette de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) voor medewerkers van de umc's een separaat samenwerkingsverband op, het NFU-verbetercluster Peer Support.

De praktijk

In het NFU-verbetercluster Peer Support werd afgesproken de werkwijze te evalueren. Helaas is deze evaluatie, door beperkte personele ondersteuning, in geen van de vijf umc's volledig geslaagd. Er zijn alleen globale en niet-uniform geregistreerde cijfers beschikbaar.

Uit die cijfers komt naar voren dat in 2018 in alle deelnemende umc's samen aan 200 professionals peer support is verleend via de coördinator (gegevens ontleend aan de registratie van de coördinatoren, spreiding 18-71 per umc). Buiten de coördinator om werd ook peer support geboden, zo gaf 1 op de 3 peer supporters aan. Opvallend was het verschil in acceptatie van de aangeboden peer support tussen ziekenhuizen waar eerst de coördinator bij de betrokken professional informeert of er behoefte is aan peer support en ziekenhuizen waar de peer supporter direct zelf contact opneemt met deze professional. Als eerst de coördinator contact opnam, werd het aanbod maar in zo'n 10% van de gevallen aangenomen, meestal omdat men zei al voldoende steun te hebben. Nam de peer supporter direct zelf contact op, dan werd het aanbod slechts zelden als 'niet (meer) nodig' afgewezen – en zelfs waar dat wél het geval was, ging zo'n afwijzing vrijwel altijd gepaard met expliciete dank voor het aanbod. Overal werd peer support slechts bij grote uitzondering als 'ongewenst' van de hand gewezen.

De aanleiding voor peer support was meestal (92%) een ernstig patiëntveiligheidsincident (gemiste/onjuiste diagnose, foute behandeling, onverwachte reanimatie). Zorggerelateerde agressie, intimidatie, fysiek geweld en daarnaast (tucht)klachten zijn ook geregeld grond om deze steun aan te bieden.

Elk van de vijf umc's kende ook een bedrijfsopvangteam, maar daar werd voorheen zelden (< 10 x per jaar) een beroep op gedaan; artsen maakten er nooit gebruik van. Van de in deze evaluatie meegenomen gevallen van peer support daarentegen werd circa 43% aan artsen gegeven. Iets meer dan de helft van de ontvangers van peer support (54%) had een verpleegkundige achtergrond. In ruim de helft van de gevallen lukte het – zoals ook het streven is – om binnen 24-72 uur na een melding contact te leggen, en vrijwel altijd kwam contact binnen een week tot stand.

Bij ongeveer de helft van de zorgprofessionals die peer support ontvingen, bleef de steun beperkt tot één gesprek. Daarna gaven ze aan op eigen kracht verder te kunnen. Als regel werd hen dan aangeboden dat ze, indien nodig, vervolcontact konden opnemen.

Waardering

De proces- en waarderingsevaluatie bestond uit een anonieme enquête, bestemd voor alle 132 zorgprofessionals in het UMC Groningen en het UMC Utrecht die in 2018 contact hadden gehad met de coördinator in verband met peer support. Ook werden deze zorgprofessionals uitgenodigd voor een vertrouwelijk interview met een derde partij, een student-assistent van UMC Utrecht. Het responspercentage kon niet precies berekend worden, omdat niet met zekerheid kon worden vastgesteld hoeveel enquêtes er waren uitgestuurd en ook niet of alle ingevuld geretourneerde enquêtes wel peer support betroffen die was gegeven in het jaar 2018.

De ontvangen steun werd door de respondenten (n = 76) beoordeeld met een ruime voldoende (rapportcijfer gemiddeld 8).

Veelzeggender is dat alle respondenten peer support zouden aanraden aan collega's. Vaak spraken de respondenten hun

waardering uit voor het feit dat de coördinatoren contact hadden opgenomen, ook als er geen behoefte was aan steun. Desgevraagd gaven veel geënquêteerden aan dat zij het aanbod van peer support hadden ervaren als erkenning van het feit dat de emoties rond het gebeurde er mogen zijn, en dat ze daardoor al beter verder konden.

De enquête omvatte ook zelfscore-vragen over gevoelens van zelfverwijt, schaamte, isolement en incompetentie van betrokkenen bij een incident. De antwoorden op deze vragen lieten zien dat bij 30% van de respondenten die deze vragen hadden beantwoord, de intensiteit van deze emoties sterk afnam na het ontvangen van peer support. Deze bevindingen kunnen natuurlijk ook samenhangen met spontaan herstel in de tijd.

Uit de interviews (n = 19) bleek dat de positieve beoordeling van peer support gebaseerd is op het feit dat de ontvangers ervan zich zowel persoonlijk als professioneel gesterkt voelen door contact met een collega die niet betrokken was bij het patiëntveiligheidsincident. De geïnterviewden gaven aan dat ze zich hierdoor beter in staat voelden om de betrokken patiënt te steunen, om mee te werken aan het onderzoek naar oorzaken en verbetermogelijkheden én om een rol te hebben in de bespreking van het gebeurde, zowel onderling als met de patiënt en diens familie. Al die effecten horen bij de zogeheten 'just culture' die wordt nagestreefd in de klinische praktijk, een cultuur waarbij afstand is genomen van 'blame and shame'.¹⁶ Actief betrokken zijn in de verbetercyclus na een patiëntveiligheidsincident is bovendien van betekenis voor een goede verwerking ervan.¹⁷

Beschouwing

Patiëntveiligheidsincidenten beschadigen het vertrouwen in de zorg. Alleen door te leren van incidenten, kan dit vertrouwen worden hersteld: bij de patiënt, bij de organisatie en bij de betrokken zorgprofessional zelf. Om veilig en effectief te leren van incidenten, hebben de betrokken zorgprofessionals steun van hun collega's nodig.^{4,8,10,16} Peer support lijkt in de umc's die steun te kunnen zijn.

De evaluatie in de umc's kon niet systematisch worden uitgevoerd en is vooral beschrijvend. Bovendien zijn er geen gegevens beschikbaar over professionals die na een incident geen peer support aangeboden kregen. Daarom kunnen terecht vraagtekens geplaatst worden bij de validiteit van onze bevindingen. Dat neemt niet weg dat de uitkomsten van onze evaluatie er volgens ons duidelijk op wijzen dat de effecten van peer support positief zijn. In de betrokken ziekenhuizen wordt ook algemeen erkend dat de openheid over incidenten is gegroeid en dat de 'just culture' sterker is geworden sinds de invoering van peer support. De acceptatie ervan is in alle betrokken umc's groot en is er geen weerstand van betekenis tegen.

Tegelijkertijd signaleren we dat het in geen van de umc's vanzelfsprekend is dat er structureel middelen vrijgemaakt worden voor peer support; dit omdat er vraagtekens zijn bij de doelmatigheid van personele inzet op dit terrein. Het effect van peer support is inderdaad lastig te kwantificeren. Wij zijn echter van mening dat verdiepende interviews meer dan getallen duidelijk maken dat peer support een bijdrage levert aan een betere zorg voor patiënten na een incident, een veiliger zorg en een betere preventie van uitval van zorgprofessionals.

Recent is bepleit om bij de verantwoording van inzet van middelen voor kwaliteit in de zorg minder uit te gaan van meetbaarheid en meer van beter merkbare kwalitatieve gegevens.¹⁸ Zorgprofessionals zouden daartoe zelf de dialoog moeten aangaan over de resultaten en verbetermogelijkheden in de zorg.¹⁹ De waarde van peer support voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg is een uitgelezen onderwerp voor die andere aanpak van verantwoording.²⁰

Conclusie

Vijf umc's en vele andere ziekenhuizen in ons land hebben ingesteld dat medewerkers na incidenten in de zorg collegiale steun krijgen. Deze 'peer support' wordt toegepast zoals bedoeld, voorziet in een behoefte, wordt zeer gewaardeerd door de zorgprofessionals die de steun krijgen aangeboden en draagt merkbaar bij aan een meer open cultuur. Openlijk de verantwoordelijkheid nemen voor, en leren van, patiëntveiligheidsincidenten is de basis voor het herstel van beschadigd vertrouwen in de zorg. Peer support helpt aangeslagen professionals hun emotionele evenwicht te hervinden en hun rol na een patiëntveiligheidsincident beter te vervullen. Peer support is daarom belangrijk voor de verbetercyclus in de zorg en voor het duurzame behoud van gezonde zorgprofessionals. De borging van peer support verdient dan ook aanhoudende steun van de leiding van elke zorgorganisatie.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D4480
- UMC Utrecht, directie Kwaliteit en Patiëntveiligheid: dr. M.P. Heringa, adviseur, gynaecoloog. Amsterdam UMC, locatie VUmc, Amsterdam, afd. Zorgsupport (kwaliteit en patiëntveiligheid): A.M. Tiemersma, MSc; UMC Groningen, afd. Verloskunde en Gynaecologie: prof.dr. J.J.H.M. Erwich, gynaecoloog-perinatoloog.
- Contact: J.J.H.M. Erwich (j.j.h.m.erwich@umcg.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: er zijn mogelijke belangen gemeld bij dit artikel. ICMJE-formulieren met de

belangenverklaring van de auteurs zijn online beschikbaar bij dit artikel.

- Verbetercluster Peer Support van het NFU consortium Kwaliteit van Zorg bestond uit de auteurs en mr.dr. Marjel J. van Dam, UMC Utrecht; drs. Ankie C.F. Groenenboom, Erasmus MC; dr. Loes Schouten, NFU en dr. Philomeen T.M. Weijnenborg, Leiden UMC.
- Aanvaard op 19 januari 2020
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D4480

Literatuur

1. Langelaan M, Broekens MA, de Bruijne MC, et al. Vermijdbare sterfte in Nederlandse ziekenhuizen niet verder gedaald. *Kwaliteit in Zorg*. 2017;26:6-9.
2. Wagner C, van der Wal G. Voor een goed begrip. Bevordering patiëntveiligheid vraag om heldere definities. *Med Contact (Bussum)*. 2005;60:1888-91.
3. Vanhaecht K, Seys D, Schouten L, et al; Dutch Peer Support Collaborative Research Group. Duration of second victim symptoms in the aftermath of a patient safety incident and association with the level of patient harm: a cross-sectional study in the Netherlands. *BMJ Open*. 2019;9:e029923. [doi:10.1136/bmjopen-2019-029923](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029923). [Medline](#)
4. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000;320:726-7. [doi:10.1136/bmj.320.7237.726](https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726). [Medline](#)
5. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009;18:325-30. [doi:10.1136/qshc.2009.032870](https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870). [Medline](#)
6. Van Gerven E, Vander Elst T, Vandenbroeck S, et al. Increased risk of burnout for physicians and nurses involved in a patient safety incident. *Med Care*. 2016;54:937-43. [doi:10.1097/MLR.0000000000000582](https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000582). [Medline](#)
7. Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye L, et al. Special report: suicidal ideation among American surgeons. *Arch Surg*. 2011;146:54-62. [doi:10.1001/archsurg.2010.292](https://doi.org/10.1001/archsurg.2010.292). [Medline](#)
8. Leferink EHM, Bos A, Heringa MP, van Rensen ELJ, Zwart DLM. The need and availability of support systems for physicians involved in a serious adverse event. *J Hosp Adm*. 2018;7:23-30. [doi:10.5430/jha.v7n2p23](https://doi.org/10.5430/jha.v7n2p23).
9. Clarkson MD, Haskell H, Hemmelgarn C, Skolnik PJ. Abandon the term “second victim”. *BMJ*. 2019;364:l1233. [doi:10.1136/bmj.l1233](https://doi.org/10.1136/bmj.l1233). [Medline](#)
10. Van Pelt F. Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical events. *Qual Saf Health Care*. 2008;17:249-52. [doi:10.1136/qshc.2007.025536](https://doi.org/10.1136/qshc.2007.025536). [Medline](#)
11. Shapiro J, Whittemore A, Tsen LC. Instituting a culture of professionalism: the establishment of a center for professionalism and peer support. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2014;40:168-77. [doi:10.1016/S1553-7250\(14\)40022-9](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(14)40022-9). [Medline](#)
12. Shapiro J, Galowitz P. [Meer steun nodig voor arts bij medische fout](#). *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2016;160:D181 [Medline](#).
13. Kluin-Nelemans J, Kamminga Y, Erwich J. Ervaring met peer-supportprogramma UMCG. *Kwaliteit in Zorg*. 2016;3:4-7.
14. Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. [Meer waarde voor de patiënt. NFU-visie Kwaliteit 2017-2020](#). Utrecht: Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra; 2017.
15. Leistikow I, Mulder S, Van der Wilden E, Schoo H. Ook arts verdient nazorg na calamiteit: grote impact op professionals is bedreiging voor zorgkwaliteit. *Med Contact (Bussum)*. 2016;23:18-9.
16. De Vos MS, den Dijker L, Hamming JF. [Hoe we beter en veilig kunnen leren van calamiteiten](#). *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2017;161:D1090 [Medline](#).
17. Plews-Ogan M, May N, Owens J, Ardelt M, Shapiro J, Bell SK. Wisdom in medicine: what helps physicians after a medical error? *Acad Med*. 2016;91:233-41. [doi:10.1097/ACM.0000000000000886](https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000886). [Medline](#)
18. [Blijk van vertrouwen. Anders verantwoorden voor goede zorg](#). Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving; 2019.
19. [Anders verantwoorden. Voorstudie ten behoeve van de kansrijke agenda met nieuwe vormen van verantwoorden](#). Utrecht: USBO Advies & Nivel; 2019.
20. Leferink EHM, Heringa MP. [Gecoördineerde collegiale steun kan niet zonder anders verantwoorden](#). *Kwaliteit in Zorg*. 2019;3.

Inhoud peer support

Fase 0: Contact leggen. Toelichten van het aanbod van peer support en de kaders ervan: peer support is collegiaal, individueel, persoonlijk, vertrouwelijk.

Fase 1: Stoom afblazen, structureren en normaliseren van emoties, educatie over verwerking van aangrijpende gebeurtenissen, nagaan hoeveel steunbehoefte er is en hoe de eigen coping is, praktische zaken regelen.

Fase 2: Reflectie op coping, bekrachtigen van de eigen stappen, voorlichting over participatie in de verbetercyclus, aandacht geven

aan zingeving.

Fase 3: Evaluatie: kan betrokkene er persoonlijk en professioneel verder mee? Zo nodig doorgeleiding naar professionele hulp.

Afsluiting.