

Een veilige zorginstelling: de menselijke factor bepaalt

De Nederlandse gezondheidszorg zet grote stappen op het gebied van (patiënt)veiligheid. Door (veiligheids)managementsystemen, richtlijnen en protocollen brengen zorginstellingen risico's in kaart en beheersen ze deze risico's. Maar harde stuurinstrumenten alleen zijn niet voldoende. Het gaat ook om de 'zachtere' kanten zoals een veilige cultuur. Wat gaat er in het hoofd van medewerkers om? Hoe kunnen zorginstellingen zorgen dat hun medewerkers op een veilige manier denken en handelen?

Door: E. Aartsen

Enkele maanden geleden vond het tragische treinongeluk in Spanje plaats. Een hogesnelheidstrein vloog met een snelheid van 190 kilometer per uur uit de bocht. De trein was in goede staat. Op papier klopte alles. Toch verongelukten er 78 passagiers. Hoe heeft dit kunnen gebeuren? Door een onzekere factor waar we zo moeilijk invloed op kunnen uitoefenen: de mens zelf. De machinist was aan het telefoneren en zag daardoor de maximumsnelheid over het hoofd.

Niet voldoende

Voor het verhogen van veiligheid zetten zorginstellingen vaak 'harde' stuurinstrumenten in. Veiligheidsmanagementsystemen (VMS) zijn de standaard geworden en zorginstellingen ontwikkelen aan de lopende band richtlijnen en indicatoren. Deze instrumenten zijn belangrijk en hebben hun werking bewezen de afgelopen jaren. Het zijn echter hulpmiddelen en niet het eindpunt. Dat blijkt uit de evaluatie van het VMS-programma voor alle Nederlandse ziekenhuizen over de afgelopen vijf jaar door het NIVEL. Het VMS stuurt op verschillende thema's maar formuleert geen expliciete eisen aan

het onderdeel cultuur. Ondanks dat er flinke vooruitgang geboekt is op de verschillende thema's, zijn geen van de vooraf gestelde doelstellingen behaald. Het NIVEL geeft als aanbeveling dat medewerkers continu aandacht moeten besteden aan veiligheid en suboptimale zorg open dienen te bespreken (NIVEL, 2013). Een ander voorbeeld is dat medewerkers veel fouten maken bij het klaarmaken en toedienen van medicijnen omdat ze dit niet goed controleren (IGZ, 2013). Dit gebeurt niet omdat er geen richtlijnen zijn, maar omdat de medewerkers de richtlijnen vaak niet opvolgen. Een studie van het European Agency for Safety and Health at Work liet in 2001 al zien dat interveniëren op veiligheidscultuur en veiligheidsbewustzijn kan leiden tot 60 procent minder ongevallen. Voor een echt veilige omgeving zijn stuurinstrumenten dus niet voldoende, maar moet het veiligheidsdenken en -handelen ook verankerd zijn bij medewerkers.

Blaming and shaming

Er is sprake van een paradox in de Nederlandse gezondheidszorg. Aan de ene kant zenden zorginstellingen het signaal uit dat iedereen fouten mag maken. Zorginstellingen zetten in op onder andere Veilig Incident Melden (VIM), complicatiebijeenkomsten en Revisie Angstige Momenten en Problemen (RAMP) meetings (Bremmers, 2013). Aan de andere kant lijkt de manier waarop er publiekelijk met fouten wordt omgegaan op 'blaming and shaming'. Individuen ervaren daarom ook weinig ruimte om fouten te (h)erkennen (De Bont et al., 2009). Illustratief hiervoor is dat veel medisch specialisten van zichzelf absoluut geen fouten mogen maken. Dat is een haast onmenselijke druk en maakt het werk zwaarder dan nodig is (Smallenbroek, 2013). Dit taboe ontstaat al



Elise Aartsen

in het curriculum van geneeskundestudenten omdat de opleiding weinig aandacht besteedt aan de kans om fouten te maken. Artsen bevesten daardoor onvoldoende dat ze betrokken kunnen raken bij incidenten/fouten (Wisman, 2007).

Ruimte voor bespreken fouten

Wat kan een zorginstelling doen om die 'zachte' cultuurkant te beïnvloeden en ruimte te maken om fouten te bespreken? De eerste stap voor verandering is bewustwording (Houwens, 2013). Zorginstellingen moeten hun medewerkers leren hun eigen fouten te (h)erkennen. Dit doen ze nu onvoldoende door allerlei mechanismen die ze zichzelf aangeleerd hebben (Vonk, 2011; Stalenhoef, 2010). Dit is iets waar medewerkers zelf invloed op hebben maar wat zorginstellingen ook kunnen veranderen door bijvoorbeeld de medewerkers ertoe aan te zetten de onderstaande stappen te doorlopen.

1. Weten waarom we fouten negeren

De eerste stap is zicht krijgen op waarom we geneigd zijn onze fouten te negeren of te ontkennen. Gedurende de dag doet iedereen wel dingen die efficiënter kunnen of die niet handig zijn. Maar ondanks dat fouten maken erbij hoort, kijken we er het liefst niet naar terug, omdat dat pijn doet. We leren onszelf daarom allerlei mechanismen aan om de consequenties niet te ervaren. Inzicht in deze mechanismen kan helpen onszelf beter te begrijpen en de mechanismen te verminderen. 'Cognitieve dissonantie reductie' is een voorbeeld van zo'n mechanisme (Tavris en Aronson, 2008). Op het moment dat we informatie waarnemen die niet overeenkomt met het eigen beeld van de werkelijkheid – bijvoorbeeld het beeld een goede arts te zijn en vervolgens een fout te maken – treedt er cognitieve dissonantie op: we gaan gedrag of opvattingen rechtbreien en zorgen dat we weer gelijk hebben. We doen er alles aan om cognitieve dissonantie te reduceren. 'De verkeerde diagnose is gesteld, maar dat ligt niet aan mij maar aan de slechte overdracht.' Een ander psychologisch systeem is 'belief perseverance' (Guenther en Alicke, 2008). Als we eenmaal een beeld hebben gevormd, houden we hier stevig aan vast. Ook wanneer we worden geconfronteerd met tegenstrijdige informatie, focussen we ons vooral op de informatie die het eerste beeld bevestigt. Daarnaast is er 'conformation bias': de neiging om actief op zoek te gaan naar informatie die overeenkomt met het beeld dat we al hebben (Nickerson, 1998). Ten slotte worden mensen gekenmerkt door 'need for closure': we willen weten hoe

het zit en graag zo snel mogelijk, zodat we een 'probleem' kunnen afsluiten (Chiu et al., 2000). Deze natuurlijke behoefte beperkt de cognitieve flexibiliteit en maakt het lastig om 'breed te blijven denken'.

Het kan helpen om je als zorginstelling – en als medewerker – bewust te zijn van deze psychologische mechanismen en je te realiseren hoe menselijk het is dat we fouten liever niet onder ogen zien.

2. Ruimte ervaren voor fouten

Het is belangrijk dat medewerkers het gevoel hebben fouten te kunnen maken zonder gezichtsverlies te lijden. De eerdergenoemde instrumenten zoals veilig incident melden zijn hiervoor een goed begin maar zorginstellingen kunnen nog een stap verdergaan. Zorginstellingen moeten eigenlijk (in ongevaarlijke situaties) medewerkers stimuleren om nieuwe processen en methodes te proberen met het risico om fouten te maken. Hierdoor worden zorginstellingen veel innovatiever en passen ze zich beter aan aan veranderende omstandigheden (Keith en Frese, 2010). Een taboecultuur rondom fouten remt creativiteit en innovatie en staat dit succes in de weg. Als medewerkers te sterk het gevoel hebben zich te moeten bewijzen, kiezen ze vaak voor veiligheid en niet voor uitdagingen (Van Dam, 2009).

3. Evalueren, reageren en maatregelen treffen

Wanneer de weg vrij is voor het erkennen van fouten, kan een zorginstelling verdergaan met het evalueren van de fouten en maatregelen treffen. Dit lijkt misschien een open deur maar helaas is dat nog niet overal vanzelfsprekend. Tot voor kort werden fouten nog nauwelijks op structurele wijze geëvalueerd. Als reactie daar-

Wat is bekend?

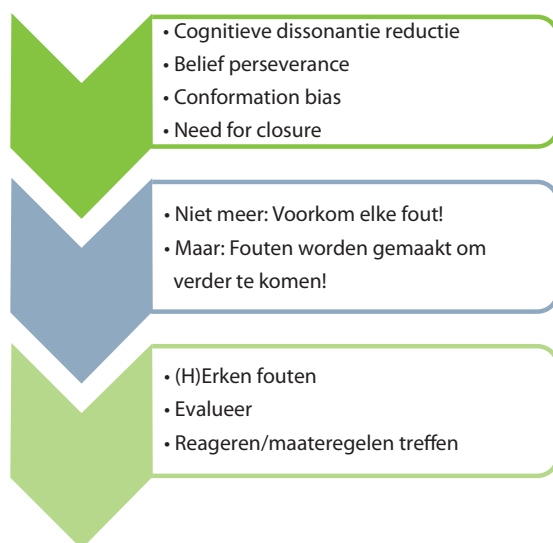
De Nederlandse gezondheidszorg heeft door de inzet op (management)systemen, richtlijnen en indicatoren stappen gezet op het gebied van patiëntveiligheid. Er is echter nog te weinig aandacht voor de 'zachtere' cultuurkant, het veiligheidsdenken en -handelen van de medewerkers.

Wat is nieuw?

Medewerkers hebben zichzelf mechanismen aangeleerd om fouten niet onder ogen te zien. Kennis van deze mechanismen kan zorginstellingen helpen de medewerkers beter te begrijpen en de (disfunctionele) werking hiervan te doen verminderen. Een randvoorwaarde hierbij is dat de zorginstelling hier voldoende ruimte voor geeft.

Wat kun je ermee?

Zorginstellingen kunnen nagaan in welke mate de focus op de zachtere kanten van veiligheid liggen. Is er voldoende begrip van het veiligheidsdenken en -handelen van de medewerkers? Is er bekend welke mechanismen het evalueren van fouten in de weg kunnen zitten? Welke boodschap straalt de zorginstelling echt uit?



op is het NIVEL in 2013 gestart met het project 'sturen op veiligheid'. Het individueel functioneren van medisch specialisten vindt in sommige ziekenhuizen plaats maar is slechts verplicht voor nieuwe toelatingen (Kiers, 2013). Wanneer medisch specialisten fouten evalueren, worden verbeteringen nog te weinig aangepakt (NIVEL, 2013). Zorginstellingen moeten beseffen dat juist deze stappen belangrijk zijn om de veiligheid in de instelling te verbeteren. Hierbij geldt dat medewerkers het evalueren van fouten goed kunnen delen. Het maakt namelijk niet uit of een medewerker zelf een fout maakt of ziet dat een ander een fout maakt (Mars, 2006).

Grootste fout

Hoe kan een zorginstelling de veiligheidscultuur veranderen? Een cultuurverandering is complex omdat het niet direct meetbaar, zichtbaar of veranderbaar is (Van Poucke, 1992). Toch is er een aantal elementen te benoemen om cultuur te veranderen. De gewenste cultuur is duidelijk benoemd en managers en bestuurders laten consistent voorbeeldgedrag zien. Ook worden successen gedeeld met en overgenomen van collega-instellingen. Langzaam wijzigt de instelling gewoontes, rituelen en procedures in de gewenste richting (Vracking, 1986). Belangrijk hierbij is dat medewerkers zichzelf verantwoordelijk voelen en een aandeel hebben in veiligheidsbeslissingen (Wiegman et al., 2004). Zorginstellingen omschrijven bijvoorbeeld 'het mogen maken van fouten' in de gewenste cultuur. Cruciaal hierbij is dat medewerkers hun mentale blokkades opheffen om fouten te (h)erkennen door bewustwording. Dit kan een zorginstelling bereiken door medewerkers te informeren tijdens plenaire bijeenkomsten of werkoverleg. Om het taboe van fouten maken te verbreken, is soms overdrijving no-

dig. Je kunt medewerkers complimenteren als zij fouten openlijk bespreken of fouten toegewezen opnemen in het beoordelingsgesprek. Het opzetten van een website www.grootstefout.nl zou ook een mogelijkheid zijn. Andere voorbeelden zijn om theater, sprekers of cabaretiers in te zetten om medewerkers op een laagdrempelige manier ervan bewust te maken dat openheid goed is. Zorginstellingen moeten in alles laten zien: fouten maken kan, maar het hier niet over (durven) praten niet!

Literatuur

- Baart, A., De gevoelstemperatuur van goede zorg; over goede zorg. (lezing voor stuurgroep en projectgroep kwaliteitskader VVT 29 oktober 2010).
- Bont, A. de, Jerak, S., Zuiderent, T., Bal, R. en P. Meurs, *Veiligheid in de zorg. Achtergrondstudie bij de Staat van de Gezondheidszorg*, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2009. Institute of health Policy of management.
- Bremmers, S., Verplicht een fout meenemen. Praten over complicaties en fouten in een open sfeer, 2013. Beschikbaar op: http://www.mednet.nl/wosmedia/733/fouten_bespreken.pdf.
- Chiu, C., Morris, M.W., Hong, Y. en T. Menon, (2000) Motivated cultural cognition: The impact of implicit cultural theories on dispositional attribution varies as a function of need for closure, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol 78, nr. 2, 2000, 247-259.
- Dam, A. van, *De kunst van het falen, Hoe je door effectief te leren succesvol kunt presteren*, Ambo Anthos Amsterdam, 2009.
- European Agency for Safety and Health at Work, *How to reduce workplace accidents? Accident Prevention Programmes in the Member States of the European Union*, office for official publications of the European communities, Luxembourg, 2001.
- Guenther, C.L. en M.D. Alicke, Self-enhancement and belief perseverance, *Journal of Experimental Social Psychology*, vol. 44, nr. 3, May 2008, 706-712.
- Heijst, A. van, *Menslievende zorg; een ethische kijk op professionaliteit*, Klement, Kampen, 2008.
- Houwers, H., Communicatie verbeteren: Een kunstje leren of houding en gedrag veranderen? 2013, http://www.managementissues.com/cultuuranalyse/cultuuranalyse/communicatie_verbeten%3A_een_kunstje_leren_of_houding_en_gedrag_veranderen?_20050405286.html
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van VWS, *Operatief proces beter gestructureerd, scherpere handhaving op achterblijvende uitvoering blijkt noodzakelijk*, Utrecht, 2013. Beschikbaar op: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2013/06/13/operatief-proces-beter-gestructureerd-scherpere-handhaving-op-achterblijvende-uitvoering-blijkt-noodzakelijk.html>
- Keith, N. en M. Frese, *The Handbook of organizational Culture and Climate*, Chapter 9: Enhancing Firm performance and Innovativeness Through Error management Culture, Sage Publications, 2013.
- Kiers, B., 'Stel functioneringsgesprekken medisch specialist verplicht' Zorgvisie, 2013 <http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2013/4/Stel-functioneringsgesprekken-arts-verplicht-1219225W/>
- Mars, R.B., *Premotor contributions to the control of action: Selection, preparation, and monitoring*, Ph.D. thesis, Radboud University Nijmegen. Nijmegen, 2006.
- Nickerson, R.S., Confirmation bias: A ubiquitous phenomenon in many guises, *Review of General Psychology*, vol. 2, nr. 2, June 1998, 175-220.
- NIVEL, *Implementatie VMS Veiligheidsprogramma Evaluatieon-*

derzoek in Nederlandse ziekenhuizen, C. de Blok, E. Koster, J. Schilp en C. Wagner, Utrecht, 2013.

Poucke, A.B.M. van, Fusie en cultuurverandering: kans of bedreiging? *Ziekenhuis management magazine*, 1992.

Smallenbroek, B., Taboe. Arts en auto, 2013. Beschikbaar op: <http://www.artsenauto.nl/taboe/>.

Stalenhoef, A., Het omgaan met fouten en bijna-fouten. Communicatietips voor het spreek uur. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 2010.

Tavris, C. en E. Aronson, *Mistakes Were Made (But Not by Me): Why We Justify Foolish Beliefs, Bad Decisions, and Hurtful Acts*, Amazon.co.uk Pinter & Martin Ltd., 27 May 2008.

Vonk, R., *Menselijke gebreken voor gevorderden*, 2010.

Vrakking, W.J., Structuur of cultuur, waar het eerst verande-

ringen in aanbrengen. In: W.J. Vrakking (red.), *Management van organisatievernieuwing*, Koninklijke Vermande BV, Lelystad, 1986.

Wiegmann, D.A., Zhang, H., Thaden, T.L. von, Sharma, G. en A.A. Mitchell Gibbons, Safety Culture: an Integrative Review, *The International Journal of Aviation Psychology*, 12, nr. 2, 2004, 117-134.

Wisman, R., Een arts die geen fouten maakt, werkt niet, *Arts in spe*, nr. 4, 2007.

Informatie over de auteur

E. Aartsen MSc is neuropsycholoog en bedrijfskundige en werkzaam als consultant bij Quintessence HealthCare.

Collegetour

VERANDER MANAGEMENT

DEEL VISIE EN INSPIRATIE MET DE EXPERTS

woensdag 9 april

WOUTER HART



dinsdag 22 april

PAUL KLOOSTERBOER



donderdag 22 mei

LÉON DE CALUWÉ



vrijdag 13 juni

JAAP BOONSTRA



donderdag 10 april

JAN JONKER & MARCO DE WITTE



woensdag 14 mei

LARS KOLIND



woensdag 28 mei

ROB VAN ES



INCLUSIEF BOEKENPAKKET T.W.V. € 282,90

In zeven dagen delen acht bevoegde organisatie- en veranderexperts hun visie en inspiratie met u. U krijgt inzicht in nieuwe inspirerende manieren van organiseren en veranderen. Voortaan kiest u weloverwogen voor de juiste interventies. Weet u de theorie en praktische ervaringen te verbinden en bent u de expert in uw organisatie.

Volg de hele tour óf losse dagen!

www.overmanagement.nl/collegetour

Van de makers van: JAARCONGRES *Verander*management

