

Cultuurverandering in de zorg lijkt eindelijk in gang gezet

Veiligheidscultuur: volgen industrie

Patiëntveiligheid is in Nederlandse ziekenhuizen een actueel thema. Voor het veranderen van de cultuur is echter tijd nodig. Kwaliteit in Bedrijf sprak met Ralph So, intensivist en medisch manager in het Albert Schweitzer ziekenhuis en met Miriam Kroeze, senior adviseur bij het VMS Veiligheidsprogramma. Zij weten te inspireren als het gaat om cultuurverandering in de zorg.

Door Eveline van Herwaarden

Miriam Kroeze stond samen met Harry Molendijk, kinderarts in de Isala Klinieken, aan de wieg van het VIM-en: Veilig Incidenten Melden, ook wel Vergissen Is Menselijk genoemd. Zij brachten het melden van incidenten dichterbij de werkvloer en dat lag mede aan de basis van de cultuuromslag die in de ziekenhuizen gaande is. Kroeze: 'De rapporten van Rein Willems (Shell) en van NIVEL / EMGO+ zijn andere voorbeelden die de cultuurverandering in gang hebben gezet. We zijn goed op weg, maar er is ook nog veel te doen. Een optimale veiligheidscultuur, waarin regels en externe druk niet meer nodig zijn, is nog ver weg.'

Trede op de ladder

Het VMS Veiligheidsprogramma maakt

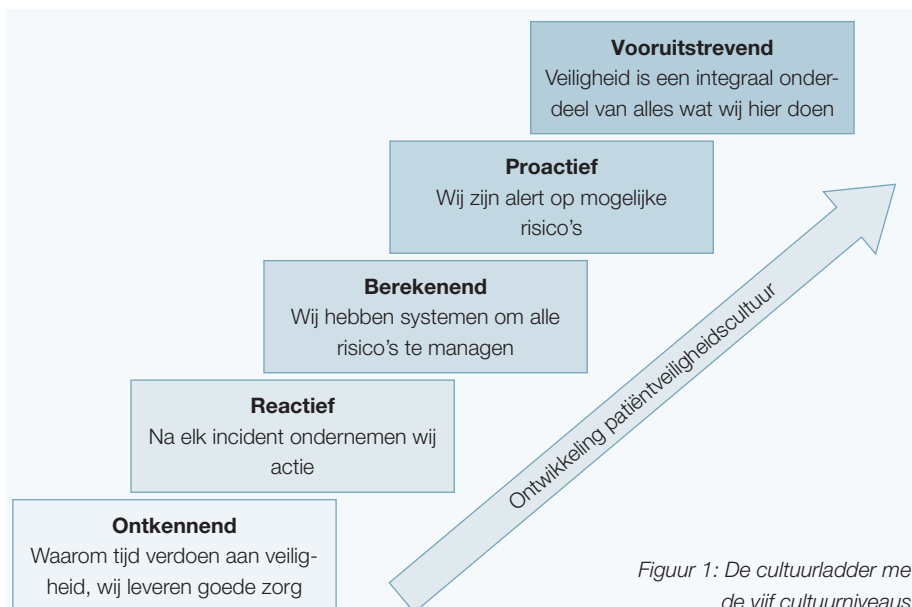
vaak gebruik van de cultuurladder (zie figuur 1). Dit instrument is overgenomen van Shell en aangepast aan de zorgsector. Waar staat de sector nu? Ralph So: 'We komen absoluut van nul. Toen die rapporten verschenen reageerden veel mensen nog ontkennend, er was geen sense of urgency om serieus aan patiëntveiligheid te werken. Op de hoogrisicoafdelingen was het besef wel groter, de medewerkers daar hebben het veiligheidsdenken meer meegekregen in hun opleiding. In de afgelopen jaren hebben we de eerste stappen op de cultuurladder gezet.' Miriam Kroeze beaamt dit. 'Zeker de medisch specialisten waren ontkennend. Feilbaar zijn, dat lieten ze niet toe. Informatie over klachten en incidenten verdween nog wel eens onder het tapijt. Nu zijn ziekenhuizen in de

fase dat het bewustzijn en de systemen er zijn, maar er zit nog te veel rek in het gedogen. Vooral reageren op fouten en klachten dus. Sommige ziekenhuizen denken nog weg te komen met het voldoen aan indicatorenlijstjes, het afvinken van checklists. We zitten tussen reactief en berekenend in. De volgende stap moet zijn dat ze proactief zelf processen gaan doorlopen en elkaar gaan aanspreken.'

Een behangrol is effectiever

Beiden leggen uit hoe belangrijk het is om te weten in welke fase je zit. Iedere fase vraagt namelijk om eigen interventies. Kroeze: 'Als je nog in de ontkennende fase zit, dan heeft het weinig zin om met teamtrainingen of sancties aan te komen. Informeren en brainstormen op een behangrol zijn in dat stadium veel effectiever. Je moet eerst bewustwording van het probleem creëren. We zijn er ook achter gekomen dat je alle stappen moet doorlopen en dat zo iets tijd kost. We hoopten dat het sneller kon omdat we de industrie als voorbeeld hadden. Maar zo werkt het niet; cultuurveranderingen vragen om het doorlopen van een proces. In de industrie heeft dat ook tijd gekost. Er wordt wel gezegd dat elke fase vijf jaar duurt.'

'Je moet eerst een diagnose hebben,' vervolgt Kroeze. 'Zeker in de zorg, daar is men gewend om met diagnoses te werken! Met instrumenten als IZEP en COMPaZ kun je meten in welk stadium je veiligheidscultuur zich bevindt. Dat kan per groep en



Figuur 1: De cultuurladder met de vijf cultuurniveaus.

ziekenhuizen



Elkaar aanspreken binnen de bestaande hiërarchie in ziekenhuizen gebeurde heel weinig.

per onderwerp verschillen. Op de ene afdeling is de communicatie bijvoorbeeld verder ontwikkeld dan op de andere. Door zo'n meting heb je aanknopingspunten voor gesprek. Wat heeft de afdeling nodig om verder te komen, om veiliger te worden?' Ralph So heeft op zijn afdeling dergelijke metingen gedaan en beaamt dat je bij stap 1 moet beginnen. So: 'In het begin gaat het vooral om informeren, praten met elkaar,

sprake is van het verschil tussen leven en dood, zo laat pas in beweging kwam? So: 'Het heeft veel te maken met het onfeilbaarheidsdenken, dat ook in de opleidingen zat. Elkaar aanspreken binnen de bestaande hiërarchie gebeurde heel weinig. Nog steeds hoor je te vaak: patiëntenzorg is anders dan van a naar b vliegen. Natuurlijk wil die piloot dat het veilig is; als hij het niet goed doet, dan stort hij zelf ook neer.

Kroeze is ook verbaasd over die cultuur. 'In de zorg is er bovendien sprake van dubbel leed. Los van de gevolgen voor de patiënt, moet je niet onderschatten wat de effecten zijn op medewerkers die bij een fout betrokken waren. Dat zou de sense of urgency toch moeten vergroten? Nu is de veiligheidscultuur aan het veranderen. Patiënten accepteren bepaalde dingen niet meer, het functioneren van medisch specialisten is bespreekbaar gemaakt en er zijn een paar grote calamiteiten geweest. Dat maakt dat er een druk is om te veranderen.'

'We komen van nul, er was geen sense of urgency'

een missie neerzetten. Dat zijn de eerste stappen om van ontkennend naar reactief te gaan. Het rapport dat Plexus schreef in opdracht van de Regieraad geeft ook heel duidelijk aan hoe elk stadium om verschillende sturingsmodaliteiten vraagt.'

Cultuur in de zorg

Hoe komt het dat de zorg, waarin toch

Maar de cultuur verandert nu wel. Er is meer transparantie gekomen en het besef dat je ook als arts of verpleegkundige feilbaar bent, neemt toe. De uitkomsten van indicatoren hebben laten zien dat we niet onfeilbaar zijn; er worden fouten gemaakt. Dat onfeilbaarheidsdenken was eigenlijk precies het tegenovergestelde van het veiligheidsdenken.'

Kijken bij anderen

Het VMS Veiligheidsprogramma heeft veel gebruik gemaakt van ervaringen in de industrie. Kroeze: 'We hebben bijvoorbeeld geleerd van Shell en DSM. Zij zijn als sprekers in onze workshops uitgenodigd en wij zijn op hun locaties gaan kijken. Wat direct opvalt is dat mensen elkaar aanspreken, bijvoorbeeld als iemand zonder helm de petrochemische plant op wil gaan.'

Dat is niet meer acceptabel. Je krijgt daar inmiddels op je kop als je een incident of bijna-incident niet meldt. Vergelijk dat eens met de operatiekamers in een ziekenhuis. Tijdens een audit zagen we iemand een broodje eten waar dat niet mocht. Toen we de manager erop aanspraken dat ze er niets van zei, werd de betreffende persoon als een "bijzonder geval" afgedaan.'

Ook Ralph So heeft deze ervaring. 'We brachten een bezoek aan de Schiphol Groep. In de presentaties maar ook op de werkvloer merkte je dat patiëntveiligheid meer is dan een strategie. Het keert terug in het dagelijks werk en in de trainingen die ze hun personeel geven. Ze zetten er ervaren en heel goed opgeleide mensen op. Maar ook in de zorg zijn inspirerende voorbeelden te vinden. Tijdens een reis naar de Verenigde Staten brachten we een bezoek aan de Mayo Clinics. De CEO vertelde hoe hij de kwaliteitsborden, waarop ook zichtbaar is wat niet goed gaat, van de koffiekamer naar de gang had verplaatst. Zo werd de informatie ook zichtbaar voor patiënten en bezoekers. Die CEO stelde een duidelijke lijn, alles ademde visie en vooral leiderschap.'

Vuist op tafel

Rein Willems zei het al: er is maar één iemand eindverantwoordelijk en dat is de Raad van Bestuur. Leiderschap is essentieel voor een optimale veiligheidscultuur. 'Je kunt een eind komen met een paar enthousiaste mensen,' zegt Miriam Kroeze,



Miriam Kroeze: 'Er is een verandering in gang gezet, dat zal ieder ziekenhuis bevestigen.'

'maar er moet iemand met de vuist op tafel slaan en het thema steeds opnieuw op de agenda blijven zetten. Toen we begonnen met het VMS Veiligheidsprogramma zag je vaak dat die verantwoordelijkheid bij de afdeling kwaliteit werd neergelegd. Maar zo werkt het niet; die afdeling is er om te faci-

literen. Het management moet een ambitie neerzetten en prioriteiten stellen. In sommige industrieën, zoals de luchtvaart, zijn die prioriteiten wel duidelijk neergezet: Safety First. Veiligheid gaat dus boven productie. Zulke duidelijke afspraken moeten binnen de ziekenhuizen nog gemaakt worden.'



Ralph So: 'Intern blijven we door heel het ziekenhuis zwarte pistes benoemen en nieuwe interventies ontwikkelen.'

Volgens Kroeze moet het besef soms nog doordringen dat de Raad van Bestuur of het management wel degelijk iets te zeggen heeft over de kwaliteitsnormen. 'De vraag aan de medisch specialisten moet zijn: kun jij voldoen aan onze kwaliteitseisen? Net zoals je in de industrie een licentie to operate hebt. Ook het besef van het eigen voorbeeldgedrag kan nog groeien. De laagste norm van de manager is immers de hoogste norm van zijn medewerkers. Voorbeeldgedrag is enorm belangrijk. Cruciaal is eveneens hoe het management omgaat met de meldingen. Laat duidelijk zien wat je met de melding doet of leg uit waarom je nog geen actie onderneemt. Anders haken medewerkers uiteraard af.'

Prijswinnaar Albert Schweitzer ziekenhuis

Het Albert Schweitzer ziekenhuis won in 2011 de Nationale Patiëntveiligheid Award met het project 'Mortaliteit als motor voor kwaliteitsverbetering'. Ralph So is in dit ziekenhuis één van de initiators. 'We waren al langer bezig met kwaliteitsprojecten en sloten ons net als andere ziekenhuizen aan bij het VMS Veiligheidsprogramma. Toen we gingen kijken waar in ons ziekenhuis de zwarte pistes lagen, kwamen we op de ernstige sepsispatiënten en de vitaal bedreigde patiënten op de verpleegafdelingen. Daar lagen grote verbeterpunten. Die twee thema's waren ook onderdeel van het landelijke programma. We hebben die prijs uiteindelijk gekregen vanwege de positieve resultaten. We konden de hele PDCA-cyclus laten zien, niet alleen een P en een D. Het past in onze visie om vooruitgang te laten zien en de lat hoog te leggen. Neem nu de lijnsepsis. Het landelijke programma stelt dat je onder de drie infecties per 1.000 catheterdagen moet zitten. Maar als je wereldwijd kijkt, dan zijn er ziekenhuizen die nul infecties hebben. Wij proberen daarnaar te streven, want als het om een familielid gaat dan ga je ook voor nul infecties, toch?'

Elkaar aanspreken

Ralph So: 'We hebben veel aandacht besteed aan de samenstelling van de werkgroepen. "Wij van de intensive care hebben



Het Albert Schweitzer ziekenhuis won in 2011 de Nationale Patiëntveiligheid Award met het project 'Mortaliteit als motor voor kwaliteitsverbetering'. Ralph So is in dit ziekenhuis één van de initiators.

So noemt de veranderingen op zijn afdeling 'eigenlijk heel simpel'. De afdeling ging op teamtraining om aan de human factors te werken en besprak vervolgens als team waar de risico's in het proces zitten. 'Gewoon samen het proces doorlopen en een top 3 maken van de probleempunten,' zegt So. 'Neem de standaardprocedure bij acute intubatie. Wat bleek, dokter A wil rechts aan het bed staan en gebruikt dat roze dingetje, terwijl dokter B links aan het bed staat en een blauwe wil. Dat levert natuurlijk risico's op. Daarop hebben we algemene interventieprocedures afgesproken, met duidelijke aanspreekpunten. We pakken dingen aan waar we zelf ook last van hebben en die we samen als zwarte

waar we in het vervolg rekening mee moeten houden? Dat werkt uitstekend.' Miriam Kroeze gaat nog een stap verder: 'Je hebt met elkaar regels afgesproken, dan moet je ook duidelijke sancties stellen. Eerst kun je nog een aantal weken oefenen met het aanspreken op afwijken van de regels. Daarna moet het sanctiebeleid duidelijk uitgevoerd worden. Hier komt het leiderschap weer om de hoek kijken. Deze verandering vraagt veel van het management.'

De juiste flow

Het VMS Veiligheidsprogramma stopt eind 2012, maar Miriam Kroeze is er niet bang voor dat de ontwikkelingen stilvallen. Kroeze: 'Er is een verandering in gang gezet, dat zal ieder ziekenhuis bevestigen. Als je eenmaal in de juiste flow zit, dan ga je als vanzelf steeds op zoek naar de volgende stap. We gaan dezelfde fases door als de industrie en op een gegeven moment zit patiëntveiligheid in de haarvaten van je organisatie. Je hebt dan geen regels of externe druk meer nodig, medewerkers willen het zelf. Zij accepteren niet meer dat er onnodig fouten worden gemaakt.' Ook voor Ralph So is het klip en klaar welke kant het opgaat. 'We delen onze positieve ervaringen in netwerken van ziekenhuizen. Intern blijven we door heel het ziekenhuis zwarte pistes benoemen en nieuwe interventies ontwikkelen. De aanspreekcultuur is aan het veranderen en dat gaat door. Je moet alleen af en toe een blokje hout in de haard gooien om het vuur gaande te houden.' **Q**

'Bij een familielid ga je ook voor nul infecties, toch?'

dit voor de verpleegafdelingen bedacht", dat werkt niet. Er werd meegedacht vanuit allerlei andere disciplines, bijvoorbeeld de afdelingen Communicatie en Klinische Psychologie. We hadden al snel door dat puur een analyse van het proces soms onvoldoende informatie oplevert. Waarom werkt een interventie op de ene afdeling wel en ergens anders niet? Door een laag dieper te kijken kom je in de wereld van de human factors, van communicatie, hiërarchie en menselijk gedrag. Eigenlijk dezelfde problemen die vijftien jaar geleden in die cockpit speelden.'

pistes benoemd hebben. Als je eenmaal zover bent, dan kun je simulaties doen, procedures filmen en samen analyseren hoe het is gegaan.'

Elkaar aanspreken is een belangrijke volgende stap. Op de intensive care-afdeling van Ralph So is een dagelijks aanspreekmoment geïntroduceerd. So: 'We hebben een multidisciplinaire debriefing ingevoerd; voordat iedereen naar huis gaat komen we tien minuten bij elkaar. Daar delen we de individuele ervaringen van die dag. Wat ging er goed en wat niet? Wat zijn de dingen