

# Veiligheidscultuur in het ziekenhuis

ZONDER CULTUUROMSLAG WORDT HET EEN COSMETISCHE INGREEP

Johan F. Lange, Connie M. Dekker-van Doorn, Mark H.T.M. Haerkens en Jan Klein

Patiëntveiligheid is tegenwoordig een centraal thema in de gezondheidszorg. Veel principes ter bevordering van patiëntveiligheid, zoals het veiligheidsmanagementsysteem, zijn uit de hoogrisico-industrie overgenomen. Zonder fundamenteel begrip van de verschillen tussen zorg en industrie zullen de meeste initiatieven en instrumenten echter uitmonden in bureaucratie, controle en repressie. Alleen een verandering in cultuur en hiërarchische structuur binnen de zorg kunnen leiden tot de noodzakelijke risicoreductie voor de patiënt. Dit vereist het doorbreken van schotten tussen beroepsgroepen en tussen afdelingen en aanpassing van de traditionele hiërarchische verhoudingen.

Hoewel de veiligheid van de patiënt niet is los te zien van de veiligheid in de hele organisatie, spreekt men in de ziekenhuizen en de eerstelijnszorg nog vaak over patiëntveiligheid. Het gevoel van urgentie bij dit thema is inmiddels zo groot dat het in veel ziekenhuizen tot eerste prioriteit benoemd is. Daarom vinden wij het belangrijk de ontwikkeling van de huidige benadering verder uit te diepen.

In de perceptie van zorgverleners is het begrip 'patiëntveiligheid' inmiddels gelijk aan: het 'uitrollen' van veiligheid- en risicomanagementsystemen die 'top-down' door een Raad van Bestuur of externe instanties zijn opgelegd, het proces van audits en accreditatie- of certificeringsaanvragen, en een informatieplicht over ingevoerde richtlijnen en kwaliteitsindicatoren. Aan instrumenten ontbreekt het niet, maar de vraag is of deze dynamiek de veiligheid van patiënten daadwerkelijk zal verbeteren en zorgverleners motiveert om excellente zorg te verlenen.

## PATIËNTVEILIGHEID IN VOGELVLUCHT

Nadat Smalhout in 1972 zijn oratie over medische fouten had gehouden, getiteld 'De dood op tafel', en vervolgens als klokkenluider 'persona non grata' werd, duurde het tot 2001 voordat Arbous et al. wél zonder bezwaar de risico's van anesthesie aan de orde konden stellen.<sup>1</sup> Pas na de publicatie van het rapport 'To err is human' van het Amerikaanse Institute of Medicine (IOM) werd patiëntveiligheid als apart thema door de medische professie erkend.<sup>2</sup> Dit was de eerste studie waarin het probleem van vermijdbare sterfgevallen benoemd werd en voor het eerst de feilbaarheid van de individuele zorgverlener ('human factors') als een van de belangrijke oorzaken van fouten werd benadrukt. Bovendien werd het veiligheidsdenken binnen andere technisch complexe bedrijfstakken met hoge risico's, zoals luchtvaart, petrochemische industrie en kerncentrales, ten voorbeeld gesteld.

*Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam.*

*Afd. Heelkunde: Prof.dr. J.F. Lange, chirurg,  
instituut Beleid & Management Gezondheidszorg:*

*drs. C.M. Dekker-van Doorn,  
verpleegkundige-onderzoeker;*

*prof.dr. J. Klein, anesthesioloog (tevens: Maasstad  
Ziekenhuis Rotterdam, afd. Anesthesiologie).*

*Wings of Care, 's-Hertogenbosch.*

*Drs. M.H.T.M. Haerkens, chirurg-vlieger.*

*Contactpersoon: prof.dr. J.F. Lange  
(j.lange@erasmusmc.nl).*

Een van de kernelementen van het veiligheidsdenken binnen deze bedrijfstakken is het creëren van een klimaat waarin men veilig ('blamefree') incidenten kan melden. Dat is een klimaat waarin fouten worden gesignaleerd, geregistreerd en geanalyseerd om daardoor als 'lerende organisatie' te verbeteren. Dit staat in schril contrast met de huidige cultuur van repressie die in de ziekenhuizen aanwezig is, waarbij men de oorzaak van fouten bij de individuele zorgverlener zoekt en veel minder in de organisatie van de zorg. In plaats van fouten te zien als een aanleiding om te leren en te zoeken naar de werkelijke oorzaak, ontstaat er langzaam maar zeker een afreken-cultuur met het daarbij behorende gebrek aan transparantie. De basis voor deze cultuur ligt in traditionele medische opleidingen, waarin het maken van fouten vooral een individugebonden probleem is en er geen kans is voor een team om erger te voorkomen.

Een tweede kernelement van het veiligheidsdenken in de hoogrisico-industrie is dan ook teamwork. Een betere samenwerking beperkt de kans op calamiteiten.

Ten slotte leek de visie dat veel fouten berusten op fouten in het systeem, ook voor de gezondheidszorg essentieel.<sup>3</sup> Deze werd verder uitgewerkt in het rapport *'Hier werk je veilig of je werkt hier niet'*.<sup>4</sup> Naast het benadrukken van een 'blamefree' klimaat werd in dit rapport ook het in de industrie al langer bekende veiligheidsmanagementsysteem (VMS) toegelicht.<sup>4</sup> Het wezenskenmerk hiervan is de borging van kwaliteit en veiligheid in processen en systemen van de organisatie aan de hand van de kwaliteitscirkel Plan-Do-Check-Act (PDCA),<sup>5</sup> een belangrijk hulpmiddel bij het succesvol implementeren van veranderingen.

#### PLAN-DO-CHECK-ACT

PDCA houdt in dat na een evaluatie van de bestaande situatie doelstellingen worden geformuleerd en dat de voorgestelde verandering, bijvoorbeeld een time-outprocedure voorafgaand aan een operatie, ontwikkeld ('plan'), ingevoerd ('do'), geëvalueerd ('check') en eventueel bijgesteld ('act') wordt.<sup>5</sup> Een meer op leren gerichte variant is de PDSA-cyclus waarbij de nadruk ligt op het snel en op kleine schaal invoeren van veranderingen ('plan-do'), analyseren of de verandering de gewenste resultaten oplevert ('study') en deze pas daarna op grotere schaal invoeren ('act').<sup>6</sup> De essentie hiervan is dat de verandering beter past bij de lokale context, adoptie sneller plaats vindt en resultaten van verbetermaatregelen in structureel beleid worden vertaald.

De Nederlandse pendant van het IOM-rapport is gebaseerd op onderzoek door het EMGO-instituut en het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) en verscheen in 2004 onder de titel 'Onbedoelde schade in de Nederlandse ziekenhuizen'.<sup>7</sup> Hierin werd de patiëntveiligheid in de Nederlandse situatie,

namelijk 1735 vermijdbare doden en 30.000 patiënten met blijvend letsel per jaar, op grond van dossieronderzoek onderbouwd. Een vervolgstudie heeft inmiddels aangetoond dat het aantal doden zelfs hoger ligt, rond de 2000. Essentieel voor patiëntveiligheid is vooral de link die met de luchtvaart is gelegd. Het keerpunt was de luchtvaartcrash op Tenerife in 1977 waarbij autocratisch leiderschap van de piloot debet was aan 583 doden. Deze traditionele gezagsverhouding werd sindsdien als riskant beschouwd.<sup>8</sup> Gelet op de positieve resultaten in de luchtvaart werd ook in de zorg een ontwikkeling ingezet om een patiëntveiligheidscultuur in te voeren. Dat is een cultuur waarin men veilig incidenten kan melden, die het systeemaspect van de fout en de feilbaarheid van de zorgverlener erkent, en die deze 2 eigenschappen vooral door teamwork tracht te neutraliseren.

#### FAALFACTOREN

De medische sector verschilt in bepaalde opzichten van de industrie. Uit die verschillen komen factoren naar voren die bijdragen aan het falen van patiëntveiligheid in de dagelijkse praktijk.

**Autonomie** Ten eerste zijn de beroepsopleidingen in de zorg sterk gericht op het individu en is autonomie, met name in de artsopleiding, nog steeds een element waar artsen sterk aan hechten.<sup>9</sup> Leiderschapstraining ontbreekt veelal in de opleiding van basisartsen en specialisten. Dat zou kunnen verklaren waarom artsen vaak zo krampachtig een professionele autonomie hanteren. Sinds kort is samenwerken wel expliciet benoemd als een van de competenties voor de opleidingen tot arts en specialist. Samenwerking met verpleegkundigen, operatie-assistenten, paramedici en anderen lijkt hier echter buiten te vallen. In de curricula zijn geen momenten voor multiprofessionele training opgenomen.

**Hiërarchie** Ten tweede is er in de zorg nog sprake van een sterk traditionele hiërarchie, onder andere door clankvorming binnen de medische zuil.<sup>10</sup> Andere zorgprofessionals worden in rang ondergeschikt beschouwd aan de medici, wat de afhankelijkheid van de lager geplaatsten vergroot en uiteindelijk zijn weerslag heeft op de patiëntveiligheid. Niet voor niets stelde een Amerikaanse anesthesioloog in de *New York Times* van 3 maart 2010 dat '...in every American hospital patients die because of hierarchy' [in elk Amerikaans ziekenhuis overlijden patiënten als gevolg van hiërarchische verhoudingen]. Iedere zorgverlener kent voorbeelden waarbij ondergeschikten hun superieuren niet durfden aan te spreken om incidenten in het zorgproces te voorkomen.

**'Stille macht'** Een derde factor is de relatie tussen de raden van bestuur van ziekenhuizen en de 'stille macht' van de medische staven. Raden van bestuur hebben weinig

invloed op aanstellingen en, zolang de wet 'Cliënt en kwaliteit van zorg' (WCKZ) niet van kracht is, nog te weinig bevoegdheid om de samenwerking met slecht functionerende medisch specialisten op te zeggen; conflicten zijn daardoor moeilijk op te lossen. In deze context laat men patiëntveiligheid veelal aan de professionals over.

**Verzuiling** Ten slotte wordt de samenwerking in een ziekenhuisorganisatie nog steeds bepaald door de verzuiling van de verschillende beroepsorganisaties, die niet als publiekrechtelijke organisaties geformaliseerd zijn zoals bij andere beroepen met een maatschappelijke verantwoordelijkheid, bijvoorbeeld advocaten en accountants. Ook het feit dat visitaties worden uitgevoerd door de eigen beroepsgroep, helpt niet mee aan de verbetering van de patiëntveiligheid. In feite zijn de medische beroepsverenigingen en de daarmee samenhangende, traditionele afdelings- of maatschapstructuur leidend voor het zorgbeleid van de ziekenhuizen.

Deze machtstructuur en de verzuiling in het ziekenhuis worden voor patiëntveiligheid als problematisch beschouwd. Aanbodgerichte in plaats van vraaggerichte zorg is dan het logische gevolg. Onder deze omstandigheden zijn patiëntveiligheid en transparantie ondergeschikt aan het behartigen van andere belangen.<sup>11,12</sup> Ziekenhuisbrede beleidsplannen met 'de patiënt staat centraal' als thema, dreigen zo tot symboolpolitiek te verworden.

## RANDVOORWAARDEN VOOR PATIËNTVEILIGHEID

Resumerend is de zorg een hoogrisico-bedrijfstak met zeer eigen kenmerken. Men mag zich dus afvragen of veiligheidsprincipes uit de industrie, zoals een klimaat waarin incidenten veilig gemeld kunnen worden, teams waarbinnen hiërarchische verhoudingen geen rol spelen of een veiligheidsmanagementsysteem, in de zorg ook kans van slagen hebben. Vooralsnog wordt patiëntveiligheid vaak als een zaak van het zorgmanagement beschouwd en is de opstelling van de zorgverlener in eerste instantie reactief, waardoor de overheid met meer controle, handhaving en sanctioneren reageert. Het draagvlak voor maatregelen gericht op patiëntveiligheid zal nog minder worden, als blijkt dat de toename in regelgeving en verplichte rapportages – doorgevoerd zonder aanpassing van de traditionele zorgstructuur – niet leidt tot een zichtbare verbetering van de patiëntveiligheid.

Om de gewenste verbeteringen te bereiken is een grondige verandering in hiërarchische werkverhoudingen en cultuur noodzakelijk. De grondslagen hiervan zijn evident: het opheffen van de verzuiling, het organiseren van een zorgverlening waarin de patiënt centraal staat en het vervangen van de traditionele hiërarchische structuur door een operationele hiërarchie met multidisciplinaire

teamtraining. Een herbezinning op het duale besturingsmodel van professionals en management en het streven naar een nieuw besturingsmodel, namelijk een coöperatiemodel waarin ook de patiënten vertegenwoordigd zijn, zouden een verandering in cultuur ondersteunen.

Op dit moment kan door de spanningsvelden, enerzijds tussen samenleving en gezondheidszorg, en anderzijds tussen management en professionals binnen de gezondheidszorg, onvoldoende sprake zijn van samenwerking en vertrouwen, de kernbegrippen van patiëntveiligheid. Decentralisatie van bevoegdheden en verantwoordelijkheden is binnen het huidige besturingsmodel moeilijk te realiseren. Veelal ontbreekt de juiste stijl van leiderschap als fundament van patiëntveiligheid, leiderschap dat binnen alle disciplines en op alle niveaus aanwezig is, met professionals die anderen inspireren om zo gezamenlijk doelstellingen te bereiken.<sup>13</sup>

## 'CREW RESOURCE MANAGEMENT'

Ervan uitgaande dat het traditionele 'hierarchical medical model' niet zomaar zal veranderen, moet men zich afvragen welke instrumenten cultuurverandering kunnen ondersteunen. Nu al zijn instrumenten voorhanden zoals een complicatiebespreking, een met het zorgteam uitgevoerde perioperatieve checklist, inclusief 'time-out'-procedure, stopmomenten en debriefing, en het 'crew resource management' (CRM)-concept.<sup>14</sup> Voor al deze instrumenten zijn transparantie en een platte organisatiestructuur randvoorwaarden.

De grondlegger van CRM, Helmreich, beschouwt zijn concept als middel bij uitstek om contraproductieve hiërarchische verhoudingen aan te passen.<sup>15</sup> Hierbij worden zorgverleners in multidisciplinaire teams getraind in niet-technische competenties zoals communicatie en teamwerk.

Verbetering van de veiligheidscultuur met behulp van deze instrumenten zal tot gevolg hebben dat de huidige reactieve houding van de zorgverleners zal veranderen.<sup>16,17</sup> Ontschotting van de ziekenhuisorganisatie en expliciete aandacht voor alle dimensies van veiligheid in de initiële en de vervolgopleidingen van artsen, specialisten, verpleegkundigen, paramedici en managers vormen de basis voor deze zo noodzakelijke cultuurverandering, die uiteindelijk zal leiden tot een veilige omgeving voor patiënt en professional.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 1 december 2010

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155:A2253

 [Meer op www.ntvg.nl/perspectief](http://www.ntvg.nl/perspectief)

## LITERATUUR

- 1 Arbous MS, Grobbee DE, van Kleef JW, et al. Mortality associated with anaesthesia: a qualitative analysis to identify risk factors. *Anaesthesia*. 2001;56:1141-53.
- 2 Kohn L, Corrigan J, Donaldson M (red). *To err is Human. Building a Safer Health System*. Committee on Quality of Health Care in America. Washington DC: Institute of Medicine/National Academy Press; 1999.
- 3 Reason J. Understanding adverse events: human factors. *Qual Health Care*. 1995;4:80-9.
- 4 Willems R. Hier werk je veilig, of je werkt hier niet. *Sneller Beter- De veiligheid in de zorg*. Eindrapportage Shell Nederland. Den Haag: Shell Nederland; 2004.
- 5 Deming WE. *Out of the Crisis*. Cambridge: Cambridge University Press; 1995.
- 6 Langley GJ, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The Improvement Guide: A practical approach to enhancing organizational performance*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1996, blz. 348-50.
- 7 Bruijne de MC, Zegers M, Hoonhout LHF, Wagner C. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004. Amsterdam-Utrecht: EMGO-instituut en Nivel; 2007.
- 8 Helmreich RL. On error management: lessons from aviation. *BMJ*. 2000;320:781-5.
- 9 Hulshof H, Verhey E, Hoogervorst H. Artsen zijn teveel gehecht aan hun autonomie. *Vrij Nederland*, 26 maart 2005.
- 10 Witman Y. *De medicus maatgevend, Over leiderschap en habitus* [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2008.
- 11 Onderzoeksraad voor Veiligheid. Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in UMC St. Radboud. Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid; 2008.
- 12 Leape LL. Transparency and public reporting are essential for a safe health care system. perspectives on health care. New York: The Commonwealth Fund; March 2010.
- 13 Pronovost PJ. We Need Leaders. *Anesthesiology*. 2010;112:779-85.
- 14 Haerkens MH, Beekmann R, van den Elzen G, Landsbergen M, Berlijn D. Organiseer kwaliteitszorg zoals in de luchtvaart. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2009;153:A563.
- 15 Helmreich RL, Merritt AC, Wilhelm JA. The evolution of Crew Resource Management training in commercial aviation. *Int J Aviat Psychol*. 1999;9:19-32.
- 16 Cameron K, Quinn R. "Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the competing values framework. Reading, MA: Addison-Wesley; 1999.
- 17 Parker D, Lawrie M, Hudson P. A Framework for understanding the development of organisational safety culture. *Saf Sci*. 2006;44:551-62.