

Hoe we beter en veilig kunnen leren van calamiteiten

VERTALING VAN 'JUST CULTURE' EN 'SAFETY-II' NAAR DE KLINISCHE PRAKTIJK

Marit S. de Vos, Leontine den Dijker en Jaap F. Hamming

Na een calamiteit wensen alle betrokkenen dat hieruit lering wordt getrokken en dat verbeteringen volgen. Veilig leren staat regelmatig onder druk, omdat primair de schuld-vraag aan de orde komt. De nadruk dient echter verlegd te worden naar behoeften van zowel patiënten als zorgprofessionals, met als doel herstel van opgelopen schade en vertrouwen in brede zin – een rechtvaardige cultuur ('Just culture'). Vervolgens is de dagelijkse praktijk een realistisch uitgangspunt voor onderzoek met actieve betrokkenheid van zorgprofessionals ('Safety-II'). Hiermee wordt een gebeurtenis niet langer gereduceerd tot 'menselijk falen', maar worden de complexe werkprocessen en hun onderlinge samenhang doorgrond, om te begrijpen hoe het meestal goed, maar soms ook fout kan gaan. Dieper inzicht in de context van een calamiteit en de verhouding tot de alledaagse praktijk zal verbeterplannen beter doen aansluiten bij die praktijk. Met primaire aandacht voor de behoeften van betrokkenen en waardering van de complexe context kan op een veiligere en realistischere wijze worden geleerd van ongewenste gebeurtenissen, zoals calamiteiten.

De manier waarop de zorg omgaat met ernstige onverwachte gebeurtenissen, zoals calamiteiten,¹ staat onder toenemende druk van de maatschappij, die wordt vertegenwoordigd door media en politiek. De minister van VWS spreekt over het vergroten van de mogelijkheden tot ingrijpen en sanctioneren na een calamiteit.² Dit staat echter haaks op eerder gepubliceerde ambities om juist de focus te leggen op het leervermogen en op een zogenaamde rechtvaardige cultuur in zorginstellingen; dit wordt verwoord in het gedachtegoed 'Just culture'.^{3,4} Deze spanning tussen leren en sanctioneren wordt ook duidelijk in het Meerjarenbeleidsplan van de IGZ, waarin wordt gesproken over leren vanuit een situatie van vertrouwen, terwijl de omslagillustratie kernwoorden als 'maatregelen' en 'sancties' benadrukt.⁴

Ook ziekenhuizen worstelen hiermee. Enerzijds wordt er hard gewerkt aan het bereiken van een rechtvaardige cultuur om in een veilige omgeving, zonder schuld of schaamte, te leren van ongewenste gebeurtenissen.⁵ Maar anderzijds lijkt de schuldvraag regelmatig primair aan de orde te komen in calamiteitenonderzoek, ook in ziekenhuizen die aangeven dat een melder van een incident onschendbaar is ('blame-free').⁶ Dit betekent dat de veiligheid en duidelijkheid die horen bij een rechtvaardige cultuur onvoldoende begrepen worden.

Daarnaast is er steeds meer belangstelling voor 'Safety-II'. Dit gedachtegoed benadert veiligheid en leren anders, maar ook hiervoor geldt dat de uitleg vaak variabel en onvoldoende praktijkgericht is. Bovendien bestaat het risico dat de werkvloer 'Just culture' en 'Safety-II' opvat als 'nieuwe hypes' of een 'nieuwe manier om alsnog ontslagen te worden'.⁷ Het is daarom belangrijk deze concepten voor veilig leren te voorzien van praktischere duiding, zodat ze kunnen worden aangewend om de zorg daadwerkelijk te verbeteren, voor zowel patiënten als professionals. Na een calamiteit wil immers iedereen dat wordt geleerd en verbeterd en dat herhaling wordt voorkomen. In dit artikel laten we zien welke vragen kunnen worden gesteld na een calamiteit, in de geest van 'Just culture' en 'Safety-II'. Hiermee hopen we bij te dragen aan het veilig en realistisch leren van ongewenste gebeurtenissen in de klinische praktijk.

Leids Universitair Medisch Centrum, afd. Chirurgie, Leiden.

Drs. M.S. de Vos, arts-onderzoeker; drs. L. den Dijker,

kwaliteitsadviseur; prof.dr. J.F. Hamming, chirurg.

Contactpersoon: drs. M.S. de Vos (m.s.de_vos@lumc.nl).

'JUST CULTURE': WAT HEBBEN BETROKKENEN NODIG?

De theorie van 'Just culture' tracht een balans te vinden tussen veilig leren en het nemen van verantwoordelijkheid bij ongewenste gebeurtenissen. Belangrijke aspecten hierbij zijn: (a) leren van fouten zonder de schuldvraag te stellen; (b) coachen in plaats van straffen; en (c) duidelijkheid scheppen over de vaak onscherpe grenzen tussen acceptabel en onacceptabel gedrag en wie deze bepaalt.^{6,7} Professor Sidney Dekker heeft hier veel over geschreven en gesproken, ook in ons land.⁸ Hij benadrukt hoe complex de toepassing van 'Just culture' in de praktijk is.⁷ Na calamiteiten ontstaat aan de ene kant de sterke behoefte om iemand af te rekenen op de situatie (retributief), maar aan de andere kant is het nodig om te werken aan herstel voor de toekomst (restoratief).

Afrekening De afrekenbenadering kijkt vooral terug op de toegebrachte schade: welke 'regel' is overtreden, door wie en hoe erg was dat? Hierbij is onze beoordeling aanzienlijk besmet met kennis van de uitkomst ('outcome bias'), het feit dat we 'aan wal staan' ('outside bias'), en doordat het achteraf makkelijker beoordelen is of een besluit goed of fout was ('hindsight bias'). Bovendien is er een groot verschil tussen het gezichtspunt van een behandelaar die voor een klinisch dilemma staat en dat van iemand die van boven- of buitenaf kijkt, zoals bij een reconstructie van een casus.

Hoewel soms gesteld wordt dat de schuldvraag wél past binnen een rechtvaardige cultuur wanneer sprake is van 'roekeloos gedrag',⁶ benadrukt Dekker in zijn recente werken dat het oordeel over de grens tussen acceptabel en onacceptabel gedrag ingewikkeld, contextafhankelijk en betwistbaar is.⁷ Bovendien staat deze grens niet a priori vast, maar moet ze telkens opnieuw worden getrokken door de mensen die daar de positie en verantwoordelijkheid voor hebben.⁷

Volgens 'Just culture' zijn leren en straffen niet verenigbaar. Wanneer leren het doel is – zoals bij calamiteitenonderzoek – moet men zich niet bezighouden met de schuldvraag maar met het vervolgproces en ieders verantwoordelijkheden daarin ('forward-looking accountability'). Hierbij is primair aandacht voor wat nodig is om de opgelopen schade, vertrouwen en relaties te herstellen. En hierbij horen andere vragen dan bij de afrekenbenadering (tabel):

- Wie heeft schade opgelopen (in de breedste zin van het woord)?
- Wat hebben de slachtoffers nodig?
- Wie moet hierin voorzien?

Herstel De herstelbenadering vraagt allereerst aandacht voor diegenen die schade hebben opgelopen. Bij een calamiteit zullen dit in de eerste plaats de patiënt en diens dierbaren zijn, maar in de tweede plaats ook de zorgprofessionals ('second victims').^{9,10} Dit sluit aan bij de

opkomst van collegiale opvang ('peer support'), waarbij aandacht is voor de schade en behoeften van professionals na een ernstige gebeurtenis.¹⁰

In een rechtvaardige cultuur is aandacht voor wat er is gebeurd én voor wat vervolgens nodig is. De vraag die wordt gesteld is niet wie, maar wát verantwoordelijk was, zodat kan worden gewerkt aan systematische oplossingen. Deze focus dient actief verlegd te worden, omdat niet alleen calamiteitenonderzoek de neiging heeft een schuldige te zoeken,^{11,12} maar ook professionals zélf, wat vaak leidt tot zelfverwijt.⁹

De eerste en tweede slachtoffers van een calamiteit zullen verschillende behoeften hebben, maar delen de behoefte aan doortastend optreden om ervan te leren en herhaling te voorkomen. Het enkel aanwijzen van een schuldige is dit niet, want dit is meestal een te simplistische benadering voor de complexe samenloop van omstandigheden en handelingen. Bovendien is aangetoond dat het leerproces ook het herstel van de betrokken zorgprofessionals bespoedigt, zodat zij weer goede zorg kunnen leveren.^{10,13} Door vanuit de herstelbenadering toe te werken naar nader onderzoek wordt benadrukt dat het doel van een calamiteitenprocedure is om – op systeemniveau – te leren van de gebeurtenissen (zie de tabel).

'SAFETY-II': WAT MAAKT DAT DIT NORMALITER WÉL GOED GAAT?

Zowel 'Just culture' als 'Safety-II' benadrukt dat input van diegenen die het werk daadwerkelijk uitvoeren vereist is om werkzame én werkbare verbetermogelijkheden te identificeren.¹⁴ 'Safety-II' pleit bovendien voor een ander uitgangspunt bij leren en verbeteren: in plaats van voornamelijk de ongewenste situatie te evalueren, waar veiligheid – achteraf – 'afwezig' was, dient meer aandacht te zijn voor juist het alledaagse proces en de bijbehorende capaciteiten die maken dat dit meestal wél veilig verloopt. Aan het stellen van de wat- in plaats van wie-vraag voegt 'Safety-II' toe: wat maakt dat dit normaal gesproken wél goed gaat? (zie de tabel). 'Safety-II' benadrukt dat goede en slechte uitkomsten voortkomen uit één en hetzelfde werkproces. Dit werkproces kan goed én niet goed gaan om dezelfde reden, namelijk het menselijke aanpassingsvermogen dat poogt te compenseren voor het feit dat de praktijk altijd imperfect en variabel is.

In complexe socio-technische systemen zoals de gezondheidszorg wisselen omstandigheden voortdurend en zijn middelen, onder andere informatie, tijd en mankracht, altijd beperkt. Daarom zijn flexibiliteit en aanpassingsvermogen essentieel om succes – en veiligheid – te garanderen. Volgens 'Safety-II' zijn systemen veilig als zij veerkrachtig ('resilient') zijn, doordat hun functioneren kan worden aangepast aan veranderingen en verstoringen.

Dezelfde aanpassingen kunnen echter ook wel eens

TABEL Vragen uit het gedachtegoed van 'Just culture' en 'Safety-II' die na een calamiteit kunnen worden gesteld om hieruit te leren en tot verbeteringen te komen

vraag	begrip uit gedachtegoed
1. wat is er gebeurd? (de calamiteit)	
2. wie heeft schade opgelopen?*	herstelbenadering (restoratief); 'forward-looking accountability'
wat hebben slachtoffers nodig?	
wie moet hierin voorzien? en wanneer?	
3. wát heeft eraan bijgedragen dat dit is gebeurd?	wat- in plaats van wie-vraag
4. wat maakt dat dit proces normaliter wél tot gewenste uitkomsten leidt?	'Safety-II'-benadering†
5. hoe vinden we dat werkproces behoort te verlopen?	WAI
zijn daar vastgestelde werkwijzen of 'regels' voor?	
hoe legitiem, moreel en werkbaar zijn deze 'regels'?‡	
6. hoe worden de werkprocessen daadwerkelijk in de dagelijkse praktijk uitgevoerd?	WAD
bestaan er discrepanties met de verwachtingen hieraan (WAI)?	
7. hoe verhoudt de calamiteit zich tot vereist en regulier werk?	calamiteit versus WAI of WAD en als scenario hierbinnens
kunnen we met verkregen inzicht in werkprocessen begrijpen hoe de calamiteit kon gebeuren?	
8. wat kunnen we hieruit leren en hoe kunnen we verbeteren?	

WAI = 'work-as-imagined'; WAD = 'work-as-done'.
 * Schade in de breedste zin van het woord, bijvoorbeeld fysiek of mentaal.
 † Dit wordt ook genoemd in 'Just culture': degene die verantwoordelijk is voor het oordelen over afwijkingen van reguliere werkwijzen moet bekend zijn met de details en realiteit van het werk. Door deze realiteit van het werk – die in 'Safety-II' WAD wordt genoemd – inzichtelijk te maken kan worden gereflecteerd op de gebeurtenissen in de context van de dagelijkse praktijk.
 ‡ Zijn er bijvoorbeeld tegenstrijdige verwachtingen of eisen?
 § Door visualisatie van het werkproces – bijvoorbeeld in een 'Functional resonance analysis method'(FRAM)-model van WAD, WAI of beide – kan een calamiteit als specifiek 'scenario' hierbinnen worden geplaatst. Dit maakt de samenloop van omstandigheden en de wederzijdse invloed van stappen in het werkproces inzichtelijk. Zo kan worden besproken met welke beschikbare middelen een handeling is uitgevoerd, wat dit opleverde en hoe die uitkomst een volgende stap beïnvloedde. Voorbeeld: 'bloedverlies meten' en 'patiënt beoordelen' hebben samen de beslissing om wel of geen Hb-waarde te bepalen beïnvloed.
 || Reflectie op WAI, WAD en de calamiteit in een dialoog met de werkvloer en leidinggevenden. Er kan besproken worden hoe verwachtingen en eisen (WAI) en de dagelijkse praktijk (WAD) dichter bij elkaar kunnen worden gebracht, bijvoorbeeld aan de hand van de volgende vragen: (a) welke onderdelen van het werkproces kunnen beter anders worden ingericht omdat in de alledaagse praktijk niet aan de voorwaarden kan worden of wordt voldaan? Waarom kan hier niet aan worden voldaan?; (b) welke onderdelen bevatten te veel risico's, bijvoorbeeld omdat er onhaalbaar veel aanpassingsvermogen van werknemers in de praktijk vereist is?; en (c) hoe betrouwbaar zijn bepaalde uitkomsten die weer de input vormen voor een volgende stap, bijvoorbeeld een beslissing op basis van een meting?

onvoldedig en onsuccesvol zijn en bijdragen aan onveilige situaties. Juist dit wordt onvoldoende gewaardeerd door de huidige methoden voor incidenten- en calamiteitenonderzoek. Wanneer de 'menselijke factor' als onderliggende oorzaak ('root cause') wordt aangewezen, wordt immers voorbijgegaan aan het feit dat deze vaker essentiële positieve bijdragen levert en in vele andere situaties onmisbaar aanpassingsvermogen heeft.¹⁵

De huidige complexe praktijk is niet lineair maar dynamisch, waardoor gebeurtenissen niet langer te reduceren zijn tot een omvallende dominosteen of een 'gaatje' in het systeem. Een representatiever en realistischer uitgangspunt voor onderzoek is de alledaagse praktijk, omdat inzicht in de samenhang, interactie en variabiliteit van

de betrokken werkprocessen, de calamiteit in context en perspectief zal plaatsen.

Dagelijkse praktijk centraal Onderzoek naar alledaagse werkprocessen vereist andere vragen om een beeld te krijgen van de daadwerkelijke uitvoering van werk in de praktijk ('work-as-done') en de verschillen met hoe we denken dat werkprocessen volgens plan zouden moeten verlopen ('work-as-imagined') (zie de tabel). Hiermee wordt duidelijk dat aanpassingen van professionals niet altijd 'overtredingen' maar de dagelijkse praktische realiteit kunnen zijn. Zoals iedere clinicus immers weet: de praktijk verloopt zelden 'volgens het boekje' en is belast met onverwachte en ongewenste omstandigheden, waar protocollen en werkwijzen niet allemaal op afgestemd zijn of kunnen zijn.

In 'Safety-II'-onderzoek staat de alledaagse praktijk centraal en worden de vragen zo gesteld dat collega's die niet bij een calamiteit betrokken waren, maar evengoed bekend zijn met de werkprocessen, deze kunnen beantwoorden. De hieruit verkregen informatie is minder beïnvloed door schaamte, schuldgevoel en zelfverwijt, en hierdoor kunnen de direct betrokkenen eerst waardevolle steun ontvangen, bijvoorbeeld middels peer-support.

Nadat inzicht in het algemene werkproces is verkregen, kan worden onderzocht wát – in plaats van wie – ertoe heeft bijgedragen dat deze specifieke calamiteit daarbinnen heeft kunnen plaatsvinden. Hierbij wordt een inschatting gemaakt van hoe uitzonderlijk de situatie was ten opzichte van de dagelijkse praktijk. Hieruit volgen lessen en verbeterplannen die nauwer aansluiten bij de praktijk.

Een methode om werkprocessen in kaart te brengen is de 'Functional resonance analysis method' (FRAM), die is ontwikkeld door professor Erik Hollnagel, de grondlegger van 'Safety-II'. Een FRAM-model komt tot stand op basis van interviews met de werkvloer en visualiseert alle activiteiten in het werkproces en hun onderlinge invloed.¹⁶ Dergelijke modellen kunnen ook gebruikt worden om meerdere incidenten binnen een proces te bestuderen of bepaalde procesaanpassingen vooraf te evalueren. FRAM wordt steeds vaker toegepast, niet alleen in de gezondheidszorg, maar ook in andere industrieën als de luchtvaart, mijnbouw en scheepvaart.^{17,18}

ADVIEZEN VOOR CALAMITEITENONDERZOEK

De vertaling van 'Just culture' en 'Safety-II' naar de klinische praktijk is een uitdaging, onder andere door de lastige grens tussen acceptabel en onacceptabel gedrag en door de moeizame balans tussen verantwoording en herstel na calamiteiten. Klinische leiders en calamiteitenonderzoekers kunnen verantwoording op een andere manier vormgeven door de focus na een calamiteit te verleggen naar herstel voor alle betrokkenen, onder-

steund door het stellen van andere vragen. Dit stimuleert veilig leren omdat de schuldvraag, die onverenigbaar is met leren, ontbreekt en er ook oog is voor de schade die zorgprofessionals hebben opgelopen.

Als in calamiteitenonderzoek meer recht wordt gedaan aan de complexiteit van de dagelijkse klinische praktijk, zal dit verder bijdragen aan het succesvol uitvoeren van deze vertaalslag. Een gebeurtenis wordt dan niet langer gereduceerd tot 'menselijk falen', maar er wordt gezocht naar systematische in plaats van incidentele discrepanties tussen processen en de dagelijkse praktijk.

Door calamiteitenonderzoekers de betekenis van 'Just culture' en 'Safety-II' bij te brengen, bijvoorbeeld verwerkt in bestaande trainingen, worden zij bewust van de beperkingen van de huidige methoden en hoe deze veilig en praktijkgericht leren kunnen belemmeren. Zowel 'Just culture' als 'Safety-II' reikt waardevolle uitgangspunten aan voor de omgang met professionals en het onderzoek na een calamiteit, zodat op een veilige, genuanceerde en realistische wijze kan worden geleerd en verbeterd.

J.F. Hamming is tevens voorzitter van de KNMG/MMV CanBetter projectgroep Patiëntveiligheid, waar M.S. de Vos ook zitting in heeft.

Jeanette Hounsgaard, Center for Kvalitet, Middelfart, Denemarken, en David van Valkenburg, human factors specialist, droegen bij aan de totstandkoming van dit manuscript.

Meer achtergrondinformatie over 'Just culture', 'Safety-II' en FRAM is te vinden op respectievelijk: <http://sidneydekker.com/just-culture>, www.resilienthealthcare.net en <http://functionalresonance.com>.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 17 november 2016

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2017;161:D1090

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D1090**

LITERATUUR

- 1 Wanneer is sprake van een calamiteit? Melden van calamiteiten. Inspectie voor de Gezondheidszorg. www.igz.nl/melden/melden_calamiteiten.aspx#alineaa2, geraadpleegd op 8 februari 2017.
- 2 Van den Brink R. Schippers: inspectie moet calamiteitenonderzoeken publiceren. NOS Nieuws 29 mei 2016.
- 3 Nyst E. Just culture in toekomstvisie IGZ. Med Contact. 12 oktober 2015.
- 4 IGZ Meerjarenbeleidsplan 2016-2019. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2016.
- 5 Nyst E. 'Steun collega's voorwaarde voor veiligheid'. Med Contact. 13 oktober 2015.
- 6 Heijboer L, Heuver G, Schilp J, Wagner C. 'Just Culture': inzicht in calamiteitenbeleid in Nederlandse zorginstellingen. KiZ, Tijdschrift over Kwaliteit en Veiligheid in Zorg. 2015;25:24-7.
- 7 Dekker SWA. Just Culture. Restoring trust and accountability in your organization. 1e dr. Londen: Taylor & Francis; 2016.
- 8 Nyst E. Sidney Dekker: 'Medische fout criminaliseren schaadt veiligheid'. Med Contact. 20 januari 2016.
- 9 Santomauro CM, Kalkman CJ, Dekker SWA. Second victims, organizational resilience, and the role of hospital administration. J Hosp Adm. 2014;5:95-103.

- 10 Kiers B. Helft zorgverleners is angstig na incident. *Zorgvisie* 7 oktober 2016.
- 11 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.
- 12 Wu AW, Steckelberg RC. Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse? *BMJ Qual Saf*. 2012;21:267-70.
- 13 Plews-Ogan M, May N, Owens J, Ardelt M, Shapiro J, Bell SK. Wisdom in medicine: what helps physicians recover after a medical error? *Acad Med*. 2016;91:233-41.
- 14 Hollnagel E. *Safety-I and Safety-II. The past and future of safety management*. Farnham: Ashgate Publishing; 2014.
- 15 Besnard D, Hollnagel E. I want to believe: some myths about the management of industrial safety. *Cogn Technol Work*. 2014;16:13-23.
- 16 Hollnagel E, Hounsgaard J, Colligan L. *FRAM - the Functional Resonance Analysis Method - a handbook for the practical use of the method*. Middelfart: Centre for Quality; 2014.
- 17 Clay-Williams R, Hounsgaard J, Hollnagel E. Where the rubber meets the road: using FRAM to align work-as-imagined with work-as-done when implementing clinical guidelines. *Implement Sci*. 2015;10:125.
- 18 Hounsgaard J. *Patient safety in everyday work. Learning from what goes right* [MSc thesis]. University of Southern Denmark; 2016.