

‘Just culture’: inzicht in calamiteitenbeleid in Nederlandse zorginstellingen

EEN ONDERZOEK NAAR HOE ZIEKENHUIZEN OMGAAN MET (POTENTIËLE) CALAMITEITEN

To err is human, dat wil zeggen, fouten maken is menselijk en fouten maken we allemaal. Ook in de zorg kunnen we dit fenomeen niet ontkennen. De vraag is echter hoe wordt omgegaan met die fouten. *Just culture* binnen het calamiteitenbeleid focust zich op openheid en het bespreekbaar maken van fouten en aan de andere kant op het nemen van verantwoordelijkheid voor ontstane fouten, met een duidelijke grens tussen acceptabel en onacceptabel gedrag. Dit artikel geeft inzicht in hoe wordt omgegaan met calamiteiten in Nederlandse zorginstellingen.

Door: G. Heuver, L. Heijboer, J. Schilp en C. Wagner

Onder een *calamiteit* wordt verstaan ‘een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid’ (Kwaliteitswet Zorginstellingen, 1996). Alleen door openheid over en onderzoek naar de oorzaken en achtergronden van (potentiële) calamiteiten kan worden gezocht naar de noodzakelijke verbeteringen om de veiligheid van de zorg te vergroten. Echter, professionals ervaren vaak barrières om fouten te melden, bijvoorbeeld de angst voor reacties van collega’s of voor juridische consequenties (Kwaliteitswet Zorginstellingen, 1996).

‘Blame free’ melden

Om de meldingsbereidheid te vergroten wordt vaak betoogd dat het mogelijk moet zijn om *blame free* een fout te melden. In de praktijk wordt dit vertaald naar het melden van calamiteiten zonder consequenties voor de betrokken

zorgverlener(s). Het systeem is zo ingericht dat naar aanleiding van een melding in het VIM- of MIP-systeem een zorgverlener niet aansprakelijk kan worden gesteld. Naar aanleiding van een calamiteit kan er echter wel een apart juridisch onderzoek plaatsvinden. Van helemaal *blame free* is dus geen sprake.

Just culture

De laatste jaren ontstaat er kritiek op deze manier van melden, omdat er onder een *blame free* regime te weinig rekening wordt gehouden met de verantwoordelijkheid die er soms is voor ontstane calamiteiten, vooral daar waar gedrag van de zorgverlener mede ten grondslag ligt aan de calamiteit (Wachter, 2009). In hoog-risico-industrieën, zoals de gezondheidszorg, is *just culture* een manier waarop met het spanningsveld rondom fouten en verantwoordelijkheidszaken wordt omgegaan. Een *just culture* wordt door James Reason beschreven als ‘een situatie van ver-

Aspecten just culture	Stelling
Leren van fouten en herkennen van risico's	1. In mijn organisatie richt men zich op het herkennen van risico's en het voorkomen van fouten
	2. In mijn organisatie wordt openlijk over (potentiële) calamiteiten gesproken
	3. In mijn organisatie worden (potentiële) calamiteiten altijd gemeld
Alleen schuldvraag bij roekeloos gedrag	4. In mijn organisatie komt in geval van een (potentiële) calamiteit altijd de schuldvraag aan de orde
	5. In mijn organisatie worden (potentiële) calamiteiten altijd blame free gemeld
Coachen bij het maken van fouten	6. In mijn organisatie wordt, ongeacht de uitkomst, risicovol gedrag altijd onderzocht
	7. In mijn organisatie worden zorgverleners in geval van risicovol gedrag gecoacht
Duidelijkheid over de te volgen procedure	8. In mijn organisatie is het voor iedereen duidelijk welke procedure gevolgd gaat worden in geval van een calamiteit
	9. In mijn organisatie is het duidelijk wanneer er sprake is van strafbaar gedrag

Tabel 1. Aspecten van just culture met bijbehorende stellingen

trouwen waar werknemers worden gestimuleerd en beloond voor het aanleveren van veiligheidsinformatie – maar waar het ook duidelijk is waar de grens ligt tussen acceptabel en onacceptabel gedrag' (Reason, 1997). Een just culture gaat verder dan blame free melden; de focus ligt op het hele proces van omgaan met (potentiële) calamiteiten. Er is sprake van een mate van verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid, afhankelijk van het gedrag van de zorgverlener. David Marx legt in zijn benadering van een just culture de nadruk op coachen en begeleiden als calamiteiten worden veroorzaakt door menselijk gedrag (Marx, 2009). Volgens Sidney Dekker is het echter niet eenduidig te definiëren waar de grens ligt tussen acceptabel en onacceptabel gedrag. Daarom gaat het in zijn benadering vooral om wie die grens trekt en via welke procedure het oordeel tot stand komt (Dekker, 2012).

Onderzoek naar just culture

Om een indruk te krijgen in hoeverre just culture is doorgedrongen in de Nederlandse zorginstellingen is aan de hand van negen stellingen onderzocht in hoeverre aspecten van een just culture aanwezig zijn. En hoe er wordt omgegaan met calamiteiten in instellingen. Daarbij werden de volgende begrippen gehanteerd:

- **Just culture:** een situatie van vertrouwen waar werknemers worden gestimuleerd en

beloond voor het aanleveren van veiligheidsinformatie – maar waar het ook duidelijk is waar de grens ligt tussen acceptabel en onacceptabel gedrag en waar werknemers verantwoordelijk worden gehouden voor hun gedrag (Marx, 2009; Dekker, 2012; Reason, 1997).

Wat is bekend?

Just culture is een manier waarop met (potentiële) calamiteiten wordt omgegaan. Daarbij wordt gefocust op openheid over de (potentiële) calamiteit, waarbij de grens tussen acceptabel en onacceptabel gedrag voor alle zorgverleners duidelijk is. Verantwoordelijkheid van iedere zorgverlener is hierbij van belang, waarbij een beroep wordt gedaan op de eigen aansprakelijkheid van de zorgverlener. Ook coaching op risicovol gedrag is hier onderdeel van.

Wat is nieuw?

Zorginstellingen in Nederland kijken naar risico's en het voorkomen van fouten in hun eigen instellingen. Ook wordt openlijk over (potentiële) calamiteiten gesproken en risicovol gedrag onderzocht. In veel zorginstellingen in Nederland is de procedure die gevolgd gaat worden in geval van een (potentiële) calamiteit niet duidelijk. Ook worden niet alle (potentiële) calamiteiten gemeld. In ongeveer de helft van de instellingen worden zorgverleners in het geval van risicovol gedrag gecoacht.

Wat kun je ermee?

Zorginstellingen moeten leren van fouten om hun kwaliteitsbeleid te verbeteren. Hierbij is het van belang dat open en transparant wordt omgegaan met (potentiële) calamiteiten, waaronder het duidelijk hebben van de procedure die gevolgd gaat worden in geval van een (potentiële) calamiteit. Hierdoor kan onder andere risicovol gedrag worden onderzocht en waar nodig gecoacht, om zo de zorg veiliger te maken.

- *Blame free*: het melden van incidenten en calamiteiten binnen het VIM- of MIP-meldingssysteem, zonder consequenties voor de betrokken zorgverlener(s).
- *Calamiteit*: een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid (Kwaliteitswet Zorginstellingen, 1996).

In juni 2014 vond het jaarlijkse patiëntveiligheidscongres van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) plaats. Het thema luidde: 'Just culture, leren of straffen? Waar ligt de balans?' Aan de bezoekers van het congres werd tijdens de pauze gevraagd een enquête met negen stellingen in te vullen over just culture. Op basis van verschillende referenties houden we de volgende aspecten van just culture aan: een cultuur waarin (1) geleerd wordt van fouten en het herkennen van risico's; (2) waar geen schuldvraag plaatsvindt, tenzij er roekeloos gedrag aan de orde is (Marx, 2009); (3) waar medewerkers gecoacht worden in plaats van afgestraft wanneer er een fout is gemaakt (Marx, 2009) en; (4) waar in de organisatie duidelijkheid heerst over wat strafbaar gedrag is en welke procedure gevolgd wordt in geval van een calamiteit (Dekker, 2012). In tabel 1 zijn de negen stellingen weergegeven en gecategoriseerd naar de vier genoemde aspecten van just culture. De enquête werd afgenomen door tien zorgcoördinatoren, die hiervoor een instructie hadden gekregen. De respondenten konden op een schaal van 1 t/m 5 aangeven in hoeverre ze het eens waren met de stellingen (zeer mee oneens t/m zeer mee eens).

Resultaten

De enquête is door 113 respondenten ingevuld. Tabel 2 geeft de kenmerken van de respondenten weer. Het grootste percentage respondenten was vrouw (74%) en bijna de helft was kwaliteitsmedewerker (41%). De meeste respondenten waren werkzaam in het ziekenhuis (47%). Twee derde van de respondenten (67%) was betrokken bij onderzoek naar (potentiële) calamiteiten in hun organisatie. Meer dan de helft (53%) daarvan was als onderzoeker betrokken bij calamiteitenbeleid (zie tabel 2).

1. Leren van fouten en herkennen van risico's

Het overgrote deel van de respondenten gaf aan dat in hun organisatie wordt gekeken naar risico's en het voorkomen van fouten (88%). De meerderheid (76%) gaf aan dat er in hun orga-

nisatie openlijk over calamiteiten wordt gesproken. Twee derde (60%) van de respondenten gaf aan dat (potentiële) calamiteiten altijd worden gemeld.

2. Alleen schuldvraag bij roekeloos gedrag

Bijna twee derde (65%) van de respondenten gaf aan dat (potentiële) calamiteiten in hun organisatie altijd blame free worden gemeld. Hiervan gaf 44% aan dat in het geval van een (potentiële) calamiteit de schuldvraag altijd aan de orde komt.

3. Coachen bij het maken van fouten

Ruim de helft (63%) van de respondenten gaf aan dat risicovol gedrag in geval van een (potentiële) calamiteit altijd wordt onderzocht. De helft (51%) gaf aan dat in geval van risicovol gedrag zorgverleners worden gecoacht.

4. Duidelijkheid over de te volgen procedure

De helft van de respondenten (51%) gaf aan dat het voor iedereen duidelijk is welke procedure gevolgd gaat worden in geval van een calamiteit. Ook gaf de helft (51%) aan dat het duidelijk is wanneer er sprake is van strafbaar gedrag. De andere helft gaf aan dat dit niet voor iedereen duidelijk is.

Discussie

Bij een just culture gaat het om openheid over het maken van fouten, het leren van fouten en verantwoording afleggen over die fouten. In dit onderzoek is onderzocht in hoeverre bepaalde aspecten van just culture aanwezig zijn in de zorginstellingen van de ondervraagden. Het merendeel van de respondenten gaf aan dat het aspect 'leren van fouten' in hun organisatie aan de orde is en dat er open over fouten wordt gesproken. Ook wordt er bij een groot deel van de respondenten risicovol gedrag onderzocht.

Onderrapportage

De helft van de respondenten gaf aan dat het niet voor iedereen duidelijk is welke procedure gevolgd gaat worden in geval van een (potentiële) calamiteit. Ook gaf de helft aan dat er bij zorgverleners in het geval van risicovol gedrag niet wordt gecoacht op gedrag. In lang niet alle organisaties worden (potentiële) calamiteiten gemeld; 40% gaf aan dat dit niet altijd wordt gedaan. Dit resultaat sluit aan bij de verwachting dat er mogelijk sprake is van onderrapportage van calamiteiten. Onderzoek van het NIVEL/EMGO laat namelijk zien dat in heel Nederland (1 april 2011-31 maart 2012) circa 970 patiënten overleden zijn waar-

bij de potentieel vermijdbare schade mogelijk heeft bijgedragen aan het overlijden (Langelaan, Bruijne et al., 2013). De IGZ gaf in het Jaarbericht 2012 aan 970 meldingen in de specialistische somatische zorg te hebben afgesloten (IGZ, 2012). Ervan uitgaande dat bij een calamiteit niet altijd sprake is van het overlijden van de patiënt, de definitie spreekt immers ook van ernstige schade, zou een hoger aantal meldingen bij de IGZ mogen worden verwacht.

Opvallend was dat bijna de helft van de respondenten die aangaven dat er in hun organisatie blame free gemeld kan worden, toch aangaven dat in het geval van een (potentiële) calamiteit altijd de schuldvraag aan de orde is. Deze twee elementen zouden elkaar moeten uitsluiten, bij blame free melden zou de schuldvraag niet aan de orde moeten zijn. Klaarblijkelijk is er verwarring over de begrippen. Verder blijken belangrijke aspecten van just culture nog niet optimaal te zijn doorgevoerd in de organisaties van de respondenten. Met name in de coaching bij risicovol gedrag en de duidelijkheid over de te volgen procedure is nog verbetering mogelijk.

Opgemerkt moet worden dat de respondenten geen representatieve populatie vertegenwoordigen. De respondenten hebben specifiek voor het bezoeken van een congres over just culture gekozen, wat doet vermoeden dat dit onderwerp bij hen meer leeft dan bij personen die niet kozen voor dit congres. Daarnaast was slechts een klein deel werkzaam als zorgverlener, het merendeel had een management- of staffunctie. Dit alles wil zeggen dat de resultaten heel specifiek gelden voor de congresbezoekers, maar mogelijk buiten deze groep, bij de zorgverleners in de zorginstellingen, minder positief naar voren komen.

Conclusie

Er kan geconcludeerd worden dat bij de congresbezoekers het leren van fouten in zorginstellingen hoog op de agenda staat, dat er openlijk over calamiteiten wordt gesproken en dat risicovol gedrag in geval van een (potentiële) calamiteit wordt onderzocht.

Echter niet alle (potentiële) calamiteiten worden volgens de respondenten gemeld en maar bij de helft van de respondenten wordt risicovol gedrag gecoacht. Om de zorg veiliger te maken, het calamiteitenbeleid te optimaliseren en te blijven leren van calamiteiten, hebben zorgorganisaties dus nog een weg te gaan. Openheid en transparantie moeten bovenaan staan; dit betekent dat er nog meer moet worden gemeld aan de IGZ, maar vooral dat er meer incidenten en calamiteiten moeten worden onderzocht binnen de zorginstellingen. Het moet echter wel voldoende veilig voelen voor de zorgverleners om een calamiteit te melden. Ook zouden bij risicovol gedrag zorgverleners beter kunnen worden gecoacht. Het doel van onderzoek naar calamiteiten moet helder zijn maar de grenzen van acceptabel en niet acceptabel (roekeloos) gedrag moeten ook zo helder mogelijk worden gemaakt.

Literatuur

- Dekker, S.W.A. (2012). *Just Culture, Balancing Safety and Accountability*, Ashgate Publishers.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) (2012).
- Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) (1996). Via www.wetten.overheid.nl
- Langelaan, M., M.C. de Bruijne, R.J. Baines, M.A. Broekens, K. Hammink, J. Schilp, L. Verweij, H. Asscheman en C. Wagner (2013). *Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012: dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen*. EMGO+ Instituut/VUmc/ NIVEL, Amsterdam/Utrecht.
- Marx, D. (2009). *Whack a Mole*. By Your Side Studio's.
- Reason, J.M. (1997). *Managing the risks of organizational accidents*. Ashgate Publishers.
- Wachter, R.M. en P.J. Pronovost (2009). Balancing 'No Blame' with Accountability in Patient Safety. *The New England Journal of Medicine*, 361, p. 14.
- Wagner, C. en V. Struben (2007). De patiëntveiligheidscultuur in ziekenhuizen. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*.

Informatie over de auteurs

Drs. Gerjan Heuver is lid van de Raad van Bestuur van Gelre ziekenhuizen.

Liza Heijboer MSc is werkzaam als programmamanager en onderzoeker Gelre ziekenhuizen.

Dr. Janneke Schilp is werkzaam als post-doc onderzoeker bij het NIVEL.

Prof.dr. Cordula Wagner is programmaleider Kwaliteit en Organisatie in de Cure en Care aan het NIVEL, hoofd van het onderzoekscentrum Safety 4 Patients en hoogleraar Patiëntveiligheid aan het EMGO+ Instituut aan de Vrije Universiteit in Amsterdam.