

RESTAURATIEF MODEL ZORGT VOOR HERSTEL VAN VERTROUWEN

Werkelijk leren van fouten

Op veel plekken in de zorg wordt gebruikgemaakt van de beslisboom van *just culture* om te leren van gemaakte fouten. Maar veelal komt men niet verder dan het aanwijzen van de schuldige. Met het model van restauratieve rechtvaardigheid wordt onderling vertrouwen bevorderd en krijgt lerend vermogen echt een kans.

Het begrip *just culture* wordt steeds vaker gebruikt in relatie met veiligheid. In diverse, recente artikelen in Medisch Contact wordt de verleidelijke suggestie gewekt dat na een incident een rechtvaardiger wereld bereikt kan worden door het gebruik van een beslisboom.^{1,2} De praktijk wijst uit dat er vele addertjes onder het gras zitten. Want de mogelijkheid tot interventie op individueel gedragsniveau na een ongewenste uitkomst leidt vaak tot angst en een teruggetrokken en gesloten houding van betrokkenen. Een casus kan dat goed illustreren.

In een ziekenhuis ergens in Nederland wordt een patiënt na een verkeersongeval een nacht opgenomen, ter observatie van de vitale functies. De volgende ochtend informeert de arts hoe de rest van de nacht is verlopen. De verpleegkundige vertelt dat het heel goed is gegaan. De patiënt lag zo lekker te slapen dat zij het niet nodig achtten hem wakker te maken om de vitale functies te controleren. Maar wanneer de bloeddruk dan wordt gemeten, blijkt de patiënt in hemorragische shock te zijn. Proeflaparoto-

mie volgt en een gescheurde milt wordt verwijderd. Ondanks volledige ondersteunende behandeling overlijdt de patiënt drie weken later aan orgaanfalen.

Natuurlijk wordt dit incident besproken met het gehele team. Betrokken artsen en verpleegkundigen voelen zich verantwoordelijk voor deze gang van zaken. Daarbij wordt de beslisboom van *just culture* toegepast. Er wordt bepaald wiens handelen beoordeeld gaat worden. Zijn dat de verschillende betrokken artsen,

Degenen met minder macht in de organisatie hebben meer te vrezen

de verpleegkundigen of is dat de leidinggevende? Of nog hoger, de afdelingsmanager, de raad van bestuur? Zij zijn immers eindverantwoordelijk voor de veiligheid in het ziekenhuis. En wie gaat oordelen met de beslisboom in de hand? Het is duidelijk dat keuzes hierover altijd ter discussie zullen staan, dat de schijn van willekeur aanwezig is en zo eerder wantrouwen ontstaat dan vertrouwen nog voordat de vragen van de beslisboom aan de orde zijn. Diegenen met minder macht in de organisatie hebben hierbij meer te vrezen.

Willekeur

Stel dat de patiënt niet was overleden, maar na enkele dagen ic zonder waarneembare restverschijnselen zou zijn hersteld? Dan wordt duidelijk dat de beoordeling van deze casus in het teken staat van de (slechte of gunstige) uitkomst (*hindsight bias*). De betrokken artsen en verpleegkundigen deden die nacht hun werk met veel patiënten en beperkt personeel, zoals vaak in drukke diensten, en wisten toen niet wat de werkelijke uitkomst zou zijn. De normale verwachting is toch dat ter observatie opgenomen patiënten de volgende dag zonder problemen worden ontslagen. Bij de gunstige uitkomst verdwijnt het niet uitvoeren van de controles van vitale functies waarschijnlijk in de grote hoeveelheid gegevens van elke dag. In het geval van de slechte uitkomst hangen zware maatregelen boven het hoofd. Dit alles in ogenschouw nemend moeten



MARCO DE HAAN, HOLLANDSE HOOGTE

De dynamiek in de normale medische praktijk is altijd complexer dan het beste stelsel van richtlijnen, protocollen en procedures.

de vragen uit de beslisboom door de beoordelaar worden geïnterpreteerd. De vraag 'Heeft betrokkene een onaanvaardbaar risico genomen?' kan met ja en nee beantwoord worden. Met nee als je bedenkt dat de werkdruk in de nacht hoog is en de uitkomst meestal goed is; risico blijft immers een kansberekening. Maar eenmaal bekend met de slechte afloop kun je tot het oordeel komen dat er een onaanvaardbaar risico is genomen; ja dus, het is immers ongewenst afgelopen. Ook de vraag of er belangrijke verzachtende omstandigheden zijn, kan met ja (de werkdruk is 's nachts hoog) en nee (in die nacht hadden andere prioriteiten gesteld kunnen worden in de werkverdeling of had eenvoudig hulp ingeroepen kunnen worden van andere afdelingen) beantwoord kunnen worden. Dit geldt voor alle vragen uit de beslisboom en daarmee is de uitkomst van de beslis-

boom niet een objectieve vaststelling, maar een sociale bevestiging van de onbewuste vooringenomenheid van de gebruiker, of het sociaal wenselijke antwoord in de organisatie/samenleving. De uitkomst van de beslisboom genereert daardoor de schijn van willekeur voor professionals op de werkvloer. De beslisboom beoordeelt handelen, maar laat na een verklaring te genereren voor dat handelen en dus gaat lerend vermogen verloren. En ook de onderlinge relaties worden er niet beter op.

Kanttekeningen

Na een incident bestaat de eerste menselijke reactie uit oordelen (*blame*) en ingrijpen op disciplinair individueel niveau. De Engelse psycholoog James Reason beoogde mensen daartegen te beschermen, zodat zij na een incident informatie altijd veilig kunnen delen. Immers, informatie

delen na een incident is belangrijk om te kunnen leren. Hij introduceerde in 1997 daarvoor het begrip *just culture*. Reason wilde het vertrouwen van werknemers winnen door ook voor hen op inzichtelijk en rechtvaardige wijze te bepalen waar de grens ligt tussen het gebruik van *no blame* en *blame*, ofwel tussen acceptabel en onacceptabel gedrag. Door gebruik van een – door hem ontwikkelde – beslisboom kan fair en 'objectief' bepaald worden wat de geëigende vervolgactie is. Alleen bij grensoverschrijdend (onacceptabel) gedrag hoeft de betrokkene een disciplinaire maatregel te verwachten. Daar zijn enkele kanttekeningen bij te maken. Zo blijkt het uitermate moeilijk om voor de dagelijkse klinische praktijk op voorhand grenzen te bepalen. Richtlijnen geven richting aan het zorgproces maar kunnen niet voorzien in elke situatie. De ligging van elke grens blijft dus

principeel ter discussie of zelfs contro-versieel. De complexiteit, dynamiek en uitdagingen in de normale medische praktijk is altijd complexer dan het beste stelsel van richtlijnen, protocollen en procedures.

Verder vraagt de beantwoording van alle vragen in de beslisboom om evenzovele beoordelingen. Oordelen kent echter vele valkuilen, zoals: de tegenfeitelijke redenering, de proximale redenering, en kennis van de afloop. Zo wordt grote waarde toegekend aan de substitutievraag: 'Zou een ander met dezelfde achtergrond in dezelfde situatie hetzelfde hebben gedaan?' Deze vraag is een schoolvoorbeeld van een tegenfeitelijke redenering of *counterfactual fallacy*. De vraag opent de weg naar een virtueel alternatief met een (mogelijk) verondersteld gunstiger resultaat. Deze vraag is onmogelijk objectief, 'rechtvaardig' te beantwoorden omdat dit een hypothetische vraag is. Het antwoord op deze vraag is daarmee altijd een gedachte-experiment.

In de praktijk wordt de beslisboom toegepast op de zorgprofessional(s) die het dichtst bij de ongewenste uitkomst is geweest (zowel in plaats als tijd): de proximale redenering. Doordat het als eenvoudig, passend en emotioneel bevredigend aanvoelt de proximale persoon te beoordelen, bestaat geen noodzaak meer om voorbij het proximale handelen, in de organisatie en naar werkcondities te kijken. Het probleem is immers al gelokaliseerd.

En zoals al eerder gememoreerd beïnvloedt de kennis van de slechte afloop de beoordeling op een negatieve manier. De wijze van handelen wordt beoordeeld in het licht van de ongewenste uitkomst (*outcome bias*) en hoe ernstiger we de uitkomst vinden, hoe verwijtbaarder we het voorafgaande handelen beoordelen (*symmetry bias*). We gebruiken daarbij kennis die niet voorhanden was bij de beoordeelde ten tijde van het incident en dus onmogelijk een rol kan hebben gespeeld in zijn overwegingen.

Negatieve bijeffecten

Het gevaar is niet denkbeeldig dat

de uitkomst van de beslisboom meer zegt over de beoordeelaar dan over de beoordeelde(n). Het besluit vertelt of het handelen van de beoordeelde wel of niet over de grens van de beoordeelaar was. De oordelaar (direct leidinggevende, medische staf, raad van bestuur of inspectie) heeft niet zelden ook andere belangen of staat onder externe druk, wat de beoordeling beïnvloedt. Empirische studies in de veiligheidsliteratuur laten zien dat dezelfde casus anders wordt beoordeeld wanneer meerdere beoordelers dezelfde beslisboom toepassen. Het besluit over acceptabel of onacceptabel gedrag blijft dus net als de ligging van de grens een subjectief oordeel. En degene met de beste positie en meeste macht zal zijn

Door geen zondebokken aan te wijzen wordt vertrouwen bevorderd

visie wel doordrukken.

Ook zijn er negatieve bijeffecten. De dreiging van (individuele) disciplinaire consequenties maakt de positie van de beoordeelde(n) weinig aantrekkelijk. Bekend is dat de dreiging het ongewenste effect heeft dat de welwillendheid tot openheid bij de beoordeelde(n) afneemt en dat deze zich gaat verschuilen en indekken. Zo 'leren' we de verkeerde dingen zoals; niet melden, terughoudend gedrag en defensieve praktijkvoering. Ook wordt psychologische veiligheid (vertellen we dingen zonder ons beperkt te voelen) niet bevorderd wanneer we aangesproken worden. Aanspreken

vraagt niet naar ons verhaal, onze zienswijze en dwingt ons in de verdediging of aanval. Een open en zinvolle, lerende dialoog is niet waarschijnlijk. Afgezien van het feit dat regels van feedback anders zijn, is aanspreken op gedrag na een incident dus regelrecht contraproductief om het leren te bevorderen.

Kortom, de beslisboom van Reason creëert de illusie van rechtvaardigheid en blokkeert het vrijelijk en open delen van informatie (inzichten en ervaringen), het werkelijk begrijpen van het falen en daarmee het vermogen te leren van het falen. Het voldoet wel aan de maatschappelijke druk om snel antwoorden te hebben, de schuldigen te straffen en regels aan te passen.

Restauratieve just culture

Maar het kan anders. Door een andere invulling aan het begrip *just culture* te geven, komen vertrouwen, leren en verantwoordelijkheid nemen centraal te staan. Laat mensen hun verantwoorde-lijkheid nemen door verhalen te vertellen en ervaringen te laten delen, zonder dat betrokkenen de mogelijkheid van sancties boven het hoofd hangt. Mensen worden dan niet afgerekend over wat er is gebeurd (leggen verantwoording af over het verleden), maar mensen nemen verantwoordelijkheid voor de toekomst: voor zichzelf, de patiënt en de hele organisatie. De geleden schade en het leed worden niet beantwoord met proportionele verhaalschade, maar schade wordt beantwoord met heling. Een restauratief proces waarin beschadigde personen, relaties en eigendommen worden geheeld. Deze verantwoordelijkheid vraagt veel meer inspanning van zorgverleners, managers of bestuurders dan simpel 'de rekening te vereffenen'. Dit proces richt zich niet op uitsluitend de proximale zorgprofessional, maar op alle betrokkenen én de organisatie.

Met de casus in het hoofd wordt in dit model van restauratieve rechtvaardigheid door het team nagegaan wie er schade heeft geleden: de patiënt, de familie, de betrokken artsen en verpleegkundigen, en mogelijk ook het ziekenhuis. Wat zijn

hun behoeften: herstellen van fysieke schade, compensatie, uitleg, veilige omgeving, herstel van relaties, herstel van vertrouwen? En wie is in de positie om daarin te voldoen: alle direct en indirect betrokkenen uit het hele ziekenhuis? Daarna wordt iedereen uitgenodigd zijn of haar verantwoordelijkheid te nemen door een actieve bijdrage te leveren in het herstel van de verschillende schades en relaties. Hierdoor worden naast de schade aan de patiënt ook relaties tussen zorgdisciplines geheeld en ontstaat er een vruchtbare bodem voor verbeterde samenwerking en zorg in de toekomst. Door geen zondebokken aan te wijzen, wordt vertrouwen bevorderd en krijgt lerend vermogen werkelijk een kans.

Maximaal leermoment

In een restauratief rechtvaardigheidsmodel wordt gedrag indirect beïnvloed door de aandacht te richten op de context en de relaties waarin gewerkt wordt. Veiligheid is gelegen in de toekomst en ontstaat wanneer zorgverleners capaciteiten ontwikkelen en zich eigen maken om te kunnen monitoren, reageren, anticiperen en leren. Een ongewenste uitkomst is geen kant-en-klare kennis voor verbetering, het is een *window of opportunity* naar kennis. Die kennis komt alleen boven als er een vrije informatiestroom op gang komt, ook kennis over de soms onduidelijke, wanordelijke details van het dagelijkse werk waarin doorgaans succes bereikt wordt. Een restauratief model is een filo-

sofie die een maximaal leermoment mogelijk maakt en vertrouwen herstelt met een uitgangspositie voor de toekomst. Na een ongewenste uitkomst kan er geleerd óf geoordeeld worden, maar niet beide. ■

contact

meeuwis@patient-safety.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld voor de auteurs

web

De voetnoten en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

lezersoproep



Vijfenzeventig jaar geleden kwamen dokters in opstand tegen de bezetter en ontstond Medisch Contact. Ook nu nog zijn er artsen die opkomen voor hun vak, hun collega's of hun patiënten. Toch? Voor onze special **Op de bres** zoeken we verhalen over medici en hun grote of kleine strijd. Wie is uw held (of bent u er zelf één)?

De mooiste inzendingen worden gepubliceerd op de website en in de jubileumuitgave ter gelegenheid van het 75-jarig bestaan van Medisch Contact, die in het vroege najaar verschijnt.

Stuur uw inzending (maximaal 300 woorden) uiterlijk **14 september** naar redactie@medischcontact.nl onder vermelding van 'Op de bres'.

De redactie behoudt zich het recht voor bijdragen te redigeren en in te korten.