



De weg naar Safety II:

FRAM maakt de menselijke maat zichtbaar

“Menselijke veerkracht is cruciaal in de zorg”

‘Leren van wat goed gaat’ klinkt veelbelovend, maar hoe pak je dat concreet aan? Hoe krijg je het werk in de praktijk in beeld? Bijvoorbeeld met FRAM (Functional Resonance Analysis Method). Een analysemethode die de nieuwe veiligheidsvisie ‘Safety II’ handen en voeten geeft. FRAM maakt het verschil tussen protocol en praktijk haarscherp zichtbaar. En daagt zorgprofessionals op een positieve, oordeelvrije manier uit om te vertellen hoe hun dagelijkse werk écht in elkaar steekt. Een aantal ziekenhuizen maakte al kennis met deze nieuwe praktische tool.

Van ‘de menselijke factor is een risico’ naar ‘de menselijke factor is van onmisbare waarde’. Dat is kortgezegd de verandering in denken van Safety I naar Safety II. Safety I zegt: ‘je bent afgeweken van het protocol en dat mag niet, je moet je aan de regels houden’. Safety II focust zich op hoe het er echt aan toe gaat in de praktijk. Het is onmogelijk om aan alle protocollen en procedures te voldoen en

tegelijkertijd om te gaan met tijdsdruk en efficiencybehoefte. Safety II is een aanvulling op Safety I; door de onderliggende principes toe te passen kan de veiligheid verder verbeteren.

De afgelopen jaren zijn grote stappen gemaakt in de patiëntveiligheid, dankzij incidenten-, klachten- en claimanalyses en de invoering van protocollen, check-

lists en time-out-procedures. Patricia Wimmer-Boelhauwers, adviseur medisch risicomanagement (MRM) bij MediRisk: “Langzaam maar realiseren we ons dat het denken in oorzaak-gevolg in complexe situaties een te eenvoudige weergave van de werkelijkheid is. En dat falen en succes dezelfde bron delen: de complexe werkelijkheid van de zorg met altijd een belangrijke menselijke factor. Twee zijdes van dezelfde medaille.”

Ruimte voor variatie

Wimmer: “Nog meer regels en protocollen invoeren helpt niet. We moeten een andere benadering kiezen. Fouten die je kúnt voorkomen moet je vanzelfsprekend zien te voorkomen, maar timmer niet alles

“Zorgverleners passen zich voortdurend aan, geen dag is hetzelfde”



dicht. Mensen hebben variatie nodig om flexibel te kunnen anticiperen op veranderende omstandigheden. Menselijke veerkracht is cruciaal in de zorg. Haal je alle ruimte voor variatie volledig weg, dan creëer je juist extra risico's."

Wimmer en haar collega-adviseur MRM Miriam Kroeze stuitten een jaar of twee geleden voor het eerst op FRAM. "We vonden dat we het aan onze leden verplicht waren om niet alleen de uitgangs-

punten van het nieuwe veiligheidsdenken breed uit te dragen, maar ook om praktische tools te vinden waarmee Safety II in praktijk kan worden gebracht. Daar was grote behoefte aan."

Geen dag is hetzelfde

FRAM helpt bij het inzichtelijk maken van de dagelijkse variatie en legt bloot waar deze variatie zou kunnen leiden tot ongewenste uitkomsten. Anders dan van boven opgelegde veiligheidsprotocollen, is deze methode gebaseerd op de expertise en veerkracht van de zorgverleners zelf. Zij zijn het die er dagelijks voor zorgen dat het bijna altijd goed gaat.

Kroeze: "De methode gaat uit van de dagelijkse praktijk waar zorgverleners in werken. In de uitvoering van hun werk zit variatie, door factoren als drukte, personeelstekort en beschikbare materialen. Geen dag is hetzelfde. Zorgverleners passen zich voortdurend aan de situatie aan. Dat is hun normale, dagelijkse manier van werken." FRAM is dan ook bij uitstek een methode die het streven naar 'de menselijke maat', het thema van deze Alert, in praktijk brengt.

Work as imagined ←
→ Work as done

Pilotziekenhuizen experimenteren met FRAM

"Zorg dat je erbij bent!"

Een aantal pilotziekenhuizen maakte de afgelopen maanden al kennis met Safety II en analyse-methode FRAM. Ze volgden op uitnodiging van MediRisk in april een tweedaagse training van de Deense Jeanette Hounsgaard, één van de grondleggers van de methode, en werken nu aan hun eerste FRAM. Welke eyeopeners heeft dat tot nu toe opgeleverd?

"Work as imagined komt bepaald niet altijd overeen met work as done", vertelt Ilona van Es, adviseur Kwaliteit en Veiligheid en jurist bij Amphia. "Het zorgproces is complex. Vele processen verlopen niet zo lineair als op papier voorgesteld en er is niet altijd een direct causaal verband tussen het een en het ander. Dat vond ik wel een opvallend inzicht." Collega Fleur Mutsaerts, beleidsmedewerker en business partner Kwaliteit en Veiligheid, vult aan: "Jeanette Hounsgaard vertelde dat een calamiteit kan worden beschouwd als een opeenvolging van processtappen, die in de toekomst waarschijnlijk nooit meer exact in dezelfde combinatie zullen optreden. Toch stellen we protocollen en werk-

wijzen op om de basisoorzaken van deze calamiteiten op te lossen, in plaats van dat we kijken naar het gehele proces."

Online platform

Aan de eerste pilot namen Medisch Spectrum Twente, Amphia, Albert Schweitzer Ziekenhuis, RIVAS en Haaglanden Medisch Centrum deel. De tweede pilotgroep start in oktober. Deelnemers volgen de training van Hounsgaard. De eerste dag krijgen ze kennis en vaardigheden aangereikt, de tweede dag gaan ze aan de slag met een eigen FRAM. Intussen kunnen de deelnemers contact houden via het online platform van MediRisk en na een aantal maanden is er een terugkombijeenkomst om ervaringen uit te wisselen en de gemaakte FRAMs te presenteren.

Gestructureerde methode

De eerste ervaringen van Michiel Vervoort, senior adviseur Kwaliteit, Veiligheid & Innovatie in het Albert Schweitzer Ziekenhuis, zijn positief. "Een gestructureerde methode om 'te leren van wat goed gaat' was welkom." De eerste FRAM analyseert het proces rondom de vitaal bedreigde patiënt. Vervoort: "We hebben eerst gekeken naar de bestaande afspraken en daarna

zijn we aangeschoven bij de spoedinterventieteam. Dat leverde twee plaatjes op: een van manier waarop we dachten dat we hadden georganiseerd en een van de situatie in werkelijkheid. Die plaatjes gaan we binnenkort terugkoppelen en bespreken tijdens de volgende bijeenkomst met de spoedinterventieteam: waar zitten de verschillen en moeten we iets veranderen om beide plaatjes dichter bij elkaar te brengen?"

Ook Van Es en Mutsaerts van Amphia zijn, samen met Simone Ennecker, internist en voorzitter MIP-commissie (Meldingen Incidenten Patiëntenzorg) en Marja Dijksterhuis, gynaecoloog en decaan Amphia Academie, volop aan de gang met hun eerste FRAM. Zij nemen het proces onder de loep van mensen die een scopie ondergaan, en daarna klachten krijgen zoals rectaal bloedverlies, buikpijn of koorts waarvoor zij het ziekenhuis bellen. Mutsaerts: "Hoe verloopt dat proces overdag en in de avond en nachtdienst? En wat is het verschil tussen de protocollen en hoe we werken in de praktijk? Dat is wat we inzichtelijk willen maken. We zijn begonnen met het uitzoeken van 'work as imagined': welke afspraken staan op papier? Daar zijn we mee klaar en nu is 'work as done' aan de beurt. De interviews zijn gevoerd, dus nu gaan we de analyse uitwerken."

Open gesprek

Van Es: "Aanvankelijk werd er wat argwanend gereageerd op onze vragen. >

‘Waarom wil je dat weten, is er iets fout gegaan?’. Toen we het doel van de interviews uitlegden volgde er een heel fijn, open gesprek over hun dagelijkse werk. De meeste mensen vinden het leuk om te vertellen over wat ze graag doen. Ze werkten graag mee, omdat de methodiek meer nadruk legt op dat wat goed gaat.’ Vervoort heeft soortgelijke ervaringen. ‘We hebben bewust niet gefocust op: waar zitten risico’s in het proces? Maar op: hoe loopt het proces? Hebben we het goed en slim georganiseerd met z’n allen? Dat leverde open en positieve gesprekken op.’

Uit de interviews in Amphia over vragen na scopieën kwam onder meer naar voren dat het inwerktraject van nieuwe medewerkers verschilt per persoon: de poli-assistente die er al jaren werkt draagt andere informatie over dan haar

collega’s die er wat minder lang werken. ‘Het is goed dat die variatie zichtbaar is geworden. En zo zijn er meer variaties in werkwijzen in beeld gekomen. Verder hebben we geconstateerd dat er geen formele afspraken zijn voor de avond en de nacht, als de polimedewerkers naar huis zijn. In de praktijk gaat dat prima, maar misschien is het toch goed om hier afspraken over te maken. Dat idee kwam overigens vanuit de zorgverleners zelf. En daar ligt precies de kracht van FRAM: je gaat met z’n allen bewuster en proactief naar werkprocessen kijken, zonder dat daar een vervelende aanleiding voor is.’

Dit voelt beter

Mutsaerts: ‘Eigenlijk kwamen we eerder vooral in actie als er iets fout was gegaan. Dit voelt veel beter, voor iedereen. Wij gaan kijken of we FRAM kunnen

integreren als vaste analysemethodiek, naast de andere methodes die we hantieren. De methodieken kunnen namelijk naast elkaar bestaan.’ Vervoort van het Albert Schweitzer Ziekenhuis: ‘Ik zie het vooral als een structureringsmodel om vrij laagdrempelig gesprekken te voeren over zorgprocessen. Het lijkt mij interessant om de FRAM-methode toe te passen bij bestaand onderzoek dat we nu volgens andere methoden uitvoeren. En dan kijken of er verschil zit in de uitkomsten.’

Mutsaerts en Van Es hebben een belangrijke tip voor collega’s in andere ziekenhuizen: ‘Krijg je de kans om mee te doen aan een FRAM-training? Zorg dat je erbij bent! Het is een goede manier om je organisatie naar een hoger niveau van kwaliteit en veiligheid te brengen.’

“Gewoon belangstellend zijn en naïeve vragen stellen”

‘Het lijkt aanvankelijk misschien abstract, maar FRAM is volgens mij de eerste praktische toepassing van Safety II’, zegt anios gynaecologie Marit de Vos. Voor haar promotieonderzoek maakte ze een FRAM over het preoperatief anitstollingsbeleid in het LUMC. Collega-onderzoeker Nikki Damen deed tegelijkertijd exact hetzelfde in een ziekenhuis in Australië.

Door in kaart te brengen hoe dit complexe proces er op de werkvloer uitziet, kwamen er niet alleen ‘good practices’ aan het licht, maar ook knelpunten en risico’s. Deze bevindingen boden concrete aanknopingspunten voor verbetering.

Goed huwelijk

‘Het geheim van een goed huwelijk ontdek je niet door scheidingen te analyseren.’ Zo illustreert De Vos de insteek van Safety I. ‘Daarom spreekt Safety II me veel meer aan: in de zorg gaat het meestal goed, waarom is dat en wat kunnen we daarvan leren?’

Hot topic

De Vos en Damen ontmoetten elkaar op een congres in Denemarken. Damen wilde leren begrijpen hoe antistollingsmedicatie wordt aangepast bij mensen die een openhartoperatie moeten ondergaan. ‘Dat is een hot topic in patiëntveiligheid. Bij zo’n operatie moet het bloed niet

te dun zijn, maar je kunt de medicatie ook niet zomaar aanpassen bij mensen die de pillen nodig hebben. Kiezen tussen twee kwaden dus’, legt Damen uit. Samen besloten ze om dit thema nader te onderzoeken: Hoe maken betrokken hulpverleners de risicoafwegingen en hoe zorgen ze dat dit goed wordt gecommuniceerd aan andere betrokkenen en de patiënt zelf? De Vos: ‘We spraken af dat we beiden een FRAM gingen doen over dit onderwerp. In dezelfde setting, maar in twee verschillende landen.’

‘Wat doe je?’

Eerst namen ze de antistollingsrichtlijn onder de loep: hoe moet het volgens papier? En hoe loopt het in de werkelijkheid? Damen begon de interviews met de baas van de afdeling, De Vos met een physician assistent die ze kende. ‘Je moet gewoon bij iemand beginnen die betrokken is bij het proces, het maakt niet zoveel uit wie. En je vraagt simpelweg wat in je opkomt: ‘Oké, een patiënt gebruikt antistollingsmedicatie en hij komt voor een openhartoperatie. Wat gebeurt er? Wat doe je dan?’ Zo ontstaat het sneeuwbal-effect: tijdens de gesprekken kom je er vanzelf achter wie je nog meer moet interviewen om een goed beeld te krijgen van het proces. Het is een legpuzzel die steeds meer vorm krijgt.’



Nikki Damen



Marit de Vos

