

Zwijgen is dodelijk

Cruciale gesprekken in de gezondheidszorg

Vertaald uit het Engels in opdracht van IMK Opleidingen B.V.

Oorspronkelijke titel: Silence Kills



AMERICAN
ASSOCIATION
of CRITICAL-CARE
NURSES



VitalSmarts®



Zwijgen is dodelijk

Cruciale gesprekken in de gezondheidszorg

David Maxfield, Joseph Grenny, Ron McMillan, Kerry Patterson, Al Switzler

De NASA heeft een aantal van de intelligentste, meest toegewijde en vakbekwame mensen van de wereld in dienst. Deze mensen zijn de crème de la crème op het gebied van wetenschap, techniek en bestuur. Gezamenlijk hebben ze de grenzen van onze kennis van de wereld en het universum drastisch verlegd. Maar ondanks de persoonlijke inzet en de collectieve genialiteit van deze mensen overleden er op 1 februari 2003 zeven astronauten (waarschijnlijk onnodig) toen de spaceshuttle Columbia bij terugkeer naar de aarde volledig verbrandde in de dampkring. De reden? Een belangrijke oorzaak van deze tragedie was een cultuur die 'ervoor zorgde dat informatie over veiligheid niet effectief gedeeld werd en dat professionele meningsverschillen onder het tapijt geveegd werden.'¹ Door het onvermogen om lastige onderwerpen ter sprake te brengen, werden bepaalde risico's niet onder ogen gezien; mede hierdoor hebben zeven mensen het leven verloren.

De mensen die in Amerikaanse ziekenhuizen werken, zijn waarschijnlijk net zo intelligent en toegewijd. Het Institute of Medicine, een gezaghebbende Amerikaanse adviesorganisatie voor de gezondheidszorg, erkent in een rapport met de toepasselijke titel *To Err is Human* (Fouten maken is menselijk)² zowel de persoonlijke inzet als de collectieve bijdrage van de mensen die alles geven om de levens van patiënten in de Amerikaanse gezondheidszorg te verbeteren en te redden. Maar het rapport wijst erop dat er desondanks elk jaar honderdduizenden patiënten tijdens hun behandeling gezondheidsschade oplopen als gevolg van fundamentele problemen in het collectieve gedrag van ziekenhuismedewerkers. Deze problemen zijn vergelijkbaar met de problemen die bijdroegen aan het verlies van de spaceshuttle Columbia. Elk jaar krijgt bijvoorbeeld een op de twintig intern verpleegde patiënten de verkeerde medicatie toegediend, raken 3,5 miljoen patiënten geïnfecteerd door iemand die zijn handen niet goed heeft gewassen of heeft nagelaten andere voorzorgsmaatregelen te nemen³ en overlijden 195.000 patiënten tijdens opname in het ziekenhuis als gevolg van fouten.⁴

Ziekenhuizen reageren op deze crisis met ambitieuze nieuwe technologie, nieuwe systemen voor kwaliteitsverbetering en nieuwe organisatiemethodes. Maar hoewel de zorgsector op een aantal gebieden de nodige actie onderneemt, is er een dieperliggend probleem dat moet worden opgelost voordat een acceptabel niveau van verbetering bereikt kan worden.

Net als bij de NASA-medewerkers zijn de belangrijkste problemen die bijdragen aan deze tragische fouten al lang bekend. En toch praten maar weinig mensen erover. Veel ziekenhuismedewerkers staan dag in dag uit naast collega's die zich niet aan het protocol houden, fouten maken of op een andere manier ernstig incompetent zijn. Maar slechts weinigen spreken zich uit en vertellen wat ze hebben gezien, zelfs al stonden ze er vlak naast. Hierdoor kunnen problemen jarenlang voortbestaan, met als gevolg vermijdbare fouten, groot verloop, verminderd moreel en lagere productiviteit. Het onbewuste gedrag van het goedbedoelende NASA-personeel leidde ertoe dat belangrijke informatie werd achtergehouden, waardoor bepaalde risico's waarschijnlijk zijn toegenomen; op dezelfde manier hebben veel ziekenhuismedewerkers de neiging door hun gedrag risico's toe te laten en problemen te laten voortbestaan, soms jarenlang.

Een groep anesthesiologen is het erover eens dat de incompetentie van een collega een gevaar oplevert, maar ze confronteren hem daar niet mee. In plaats daarvan wringen ze zich in allerlei bochten, zodat operaties bij de ziekste baby's worden gepland als hij geen dienst heeft. Dit probleem bestaat al vijf jaar. – Focusgroep van artsen.

Een groep verpleegkundigen beschrijft een collega als slordig en onoplettend. De verpleegkundige wordt niet aangesproken op haar gedrag, in plaats daarvan wordt haar werk extra gecontroleerd; soms rent er iemand naar de kamer van een patiënt om de bloeddruk nog een keer op te nemen of een veiligheidscontrole nog een keer te doen. Ze vangen de zwakke punten van deze verpleegkundige al een jaar op, maar ze spreken hun zorgen nooit uit. Ook de artsen zeggen niets; ze vermijden haar zo veel mogelijk en zetten haar fouten recht. – Focusgroep van verpleegkundigen.

Onderzoeken in het verleden hebben aangetoond dat meer dan 60 procent van de medicatiefouten wordt veroorzaakt door vergissingen in de onderlinge communicatie tussen personen. De Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, een onafhankelijke Amerikaanse accreditatieorganisatie voor de gezondheidszorg, meent dat slechte communicatie een belangrijke oorzaak is van serieuze medische fouten.⁵ Dit onderzoek gaat dieper in op deze resultaten en op de specifieke problemen die veel mensen niet durven te bespreken en die kunnen bijdragen aan vermijdbare fouten en andere chronische problemen in de gezondheidszorg.

Het onderzoek waarover we hier rapporteren, toont aan dat er zeven cruciale gesprekken zijn die in de gezondheidszorg vaak niet plaatsvinden, hetgeen waarschijnlijk bijdraagt aan een onacceptabel percentage fouten. De landelijke studie werd uitgevoerd door VitalSmarts in samenwerking met de Amerikaanse beroepsvereniging voor IC-verpleegkundigen (ACCN). Het onderzoek toont aan dat de verbetering van deze zeven cruciale gesprekken niet alleen zou kunnen bijdragen aan een significante vermindering van het aantal fouten, maar dat dit ook zou kunnen leiden tot een verbetering van de zorg, een vermindering van het verloop onder verpleegkundigen en een duidelijke verbetering van de productiviteit.

Bovendien bieden we leidinggevenden in de zorg niet alleen een eenvoudige methode om na te gaan hoe ze op dit moment presteren op het gebied van de zeven cruciale gesprekken, maar ook een actieplan om te komen tot een duidelijke verbetering van deze belangrijke competentie.

Het onderzoek

De onderzoekers zetten tientallen focusgroepen op, hielden interviews en observaties op de werkplek, en in 2004 verzamelden ze enquêtemateriaal van meer dan 1700 respondenten, onder wie 1143 verpleegkundigen, 106 artsen, 266 medische zorgverleners en 175 leidinggevenden. Het onderzoek vond plaats in dertien ziekenhuizen in de Verenigde Staten, zowel in en rond steden als op het platteland. Aan het onderzoek deden academische en algemene ziekenhuizen en kindziekenhuizen mee. Hoewel het hier ging om een beperkte steekproef, zijn de resultaten significant en vertonen ze een interessante samenhang.

Het onderzoek heeft de verschillende soorten gesprekken in kaart gebracht die niet alleen erg moeilijk zijn om aan te leren, maar ook essentieel zijn voor mensen in de gezondheidszorg. Een van de resultaten van het onderzoek is dat deze cruciale gesprekken in verband staan met medische fouten, de patiëntveiligheid, de kwaliteit van de zorg, de toewijding en de tevredenheid onder het personeel, de mate waarin mensen bereid zijn zich extra in

te zetten en het verloop. We hebben deze problemen in zeven groepen opgedeeld: Overtreden regels, Vergissingen, Gebrek aan ondersteuning, Incompetentie, Slecht teamwerk, Gebrek aan respect en Micromanagement.

Meer dan de helft van de ziekenhuismedewerkers die meededen aan de enquête, heeft tijdens het werk wel een keer overtreden regels, vergissingen, gebrek aan ondersteuning, incompetentie, slecht teamwerk, gebrek aan respect en micromanagement meegemaakt. Velen hebben gezien dat collega's zich niet aan het protocol houden, fouten maken of op een andere manier ernstig incompetent zijn. Maar ondanks hun zorgen heeft minder dan een op de tien medewerkers deze uitgebreid besproken met een collega. Bovendien geloven de meeste ziekenhuismedewerkers dat het niet mogelijk is om deze problemen onder de aandacht te brengen, laat staan dat ze denken dat het hun verantwoordelijkheid is.

Ongeveer de helft van de respondenten zegt dat de zorgelijke situatie al een jaar of langer bestaat. En een significant aantal van de mensen die deze aanhoudende problemen heeft opgemerkt, rapporteert dat er schadelijke gevolgen waren. Een op de vijf artsen zegt bijvoorbeeld dat patiënten hier nadelige gevolgen van hebben ondervonden en 23 procent van de verpleegkundigen zegt vanwege deze zorgen weg te willen bij hun afdeling.

Een andere, meer positieve, uitkomst van het onderzoek is dat ziekenhuismedewerkers die deze cruciale problemen wél onder de aandacht durven te brengen, betere behandelingsresultaten zien, harder werken, tevredener zijn en minder vaak weg willen bij hun afdeling. Ongeveer 10 procent van de ziekenhuismedewerkers valt in deze categorie. Hoewel er nog bevestigend onderzoek nodig is, kan wel geconcludeerd worden dat er minder fouten zouden worden gemaakt en dat de productiviteit hoger en het verloop minder zou zijn als meer ziekenhuismedewerkers zouden aanleren wat deze invloedrijke 10 procent al systematisch lijkt te doen.

Frequentie van de meest cruciale problemen

Aan de deelnemers werd gevraagd om aan te geven welk percentage van hun collega's aanleiding gaf tot een van de zeven zorgelijke situaties. Als ze aangaven dat minstens 10 procent van hun collega's de regels overtreden, werden ze aangemerkt als iemand die het probleem onderkent. Het is belangrijk om hier te wijzen op het feit dat de respondenten rapporteren dat de overgrote meerderheid van de ziekenhuismedewerkers zich *niet* schuldig maakt aan het hierna beschreven gedrag. Toch ziet de overgrote meerderheid *wel* dat collega's zich niet alleen schuldig maken aan dit gedrag, maar ook dat ze dit voor langere tijd doen zonder ervoor aansprakelijk te worden gesteld.

1. Overtreden regels: 84 procent van de artsen and 62 procent van de verpleegkundigen en medische zorgverleners ziet dat een aantal collega's zich niet aan het protocol houdt op een manier die gevaarlijk kan zijn voor de patiënten. Deze zorg betrof een relatief klein aantal van hun collega's. De mediaan was 10 procent, wat betekent dat ze tevreden waren over de capaciteiten van 90 procent van hun collega's.

'Een laborant bloedafname op een afdeling Neonatologie trok altijd haar handschoenen aan om vervolgens meteen het topje van de wijsvinger af te scheuren.

Zo kon ze de ader van de baby beter vinden en prikte ze er niet naast. Ik heb haar er twee keer op aangesproken.

Uiteindelijk heb ik gezegd: "Als je het nog een keer doet, dan rapporteer ik een bewuste overtreding van de regels." Nu houdt ze zich wel aan de regels.'

– Hoofdverpleegkundige.

2. Vergissingen: 92 procent van de artsen en 65 procent van de verpleegkundigen en medische zorgverleners werkt samen met mensen die het moeilijk vinden om instructies op te volgen; 88 procent van de artsen en 48 procent van de verpleegkundigen en medische zorgverleners vindt dat sommige collega's slecht klinisch inzicht laten zien bij het beoordelen van patiënten, triage, het stellen van diagnoses, het voorstellen van een behandelwijze of het vragen van hulp. Ook hier wijzen de respondenten maar een kleine minderheid van hun collega's aan en ook hier was de mediaan maar 10 procent.

'Sommige dokters geven verkeerde instructies. Daar zeggen we vaak niks van, vooral als het een hufter is. Een arts schreef bijvoorbeeld een medicijn voor dat je drie keer per dag moet innemen, maar hij zei twee keer per dag. Ik heb het laten zitten, want het was maar een pijnstillertje. Het kind zou er toch niet zieker van zijn geworden.' – Apotheker.

3. Gebrek aan ondersteuning: 53 procent van de verpleegkundigen en medische zorgverleners rapporteert dat 10 procent of meer van hun collega's niet graag wil helpen, ongeduldig is of weigert een antwoord te geven op vragen. 83 procent heeft iemand in het team die klaagt als er om hulp gevraagd wordt. Aan de andere kant zegt 76 procent dat collega's hun emotionele steun geven als ze zich rot voelen en 64 procent zegt dat de helft of meer van de collega's een deel van hun werk doet als ze hulp nodig hebben. Het is duidelijk dat de meeste mensen ondersteuning bieden. Het probleem ligt bij de kleine minderheid die dat niet doet.

'Sommige mensen hier zijn oververmoeid. Ze zijn hun enthousiasme verloren of ze hebben persoonlijke problemen... Anderen moeten voor hen inspringen, hun werk opknappen. Mensen worden kwaad op ze, sluiten ze buiten, bieden geen hulp aan, ontwijken ze. Als ze extra

hulp nodig hebben, krijgen ze het niet. Zij vragen er zelf ook niet om.' – Verpleegkundige.

4. Incompetentie: 81 procent van de artsen en 53 procent van de verpleegkundigen en medische zorgverleners maakt zich zorgen over de competentie van een verpleegkundige of een andere medische zorgverlener met wie ze samenwerken; 68 procent van de artsen en 34 procent van de verpleegkundigen en medische zorgverleners maakt zich zorgen over de competentie van minstens een van de artsen met wie ze samenwerken.

'Er is een cardioloog die door iedereen incompetent gevonden wordt. Hij is erg goed bereikbaar door de huisartsen, dus hij krijgt veel verwijzingen, maar de cardiothoracale chirurgen, de anesthesiologen en de andere cardiologen, kortom, de mensen die met hem samenwerken, zouden nooit iemand aan zijn zorg toevertrouwen.' – Arts.

5. Slecht teamwerk: 88 procent van de verpleegkundigen en medische zorgverleners heeft een of meer mensen in het team die roddelen of deel uitmaken van een klikje dat het team verdeelt. 55 procent heeft iemand in het team die beter probeert over te komen ten koste van anderen.

'We hebben hier een verpleegkundige die een beetje op een excentrieke tante lijkt; ze blaft iedereen af. Ze eist onredelijke dingen zoals: "Ik neem er vandaag geen patiënten meer bij." Ze komt ermee weg. Ze is een goede verpleegkundige, maar ze is chagrijnig en ze bekt iedereen af. Ze doet minder dan haar aandeel van het werk. Het maakt ons allemaal woedend. Door haar zijn we al een paar goede verpleegkundigen kwijt omdat ze genoeg van haar hadden en omdat de supervisor haar niet aanpakt.' – Verpleegkundige.

6. Gebrek aan respect: 77 procent van de verpleegkundigen en medische zorgverleners werkt samen met iemand die neerbuigend, beledigend of onbeschoft is. 33 procent werkt met een paar mensen die verbaal geweld gebruiken, zoals schreeuwen, vloeken of schelden.

'Een groep artsen gingen zomaar de kamer van een patiënt binnen zonder beschermend schort, masker of handschoenen. Dit was een patiënt die geïsoleerd moest worden. We hebben ze er niet op aangesproken, omdat deze hartchirurg een slechte reputatie heeft. Hij kleineert de verpleegkundigen en zegt dingen als: "Zijn er hier op de afdeling ook verpleegsters die niet dom zijn?" Als je iets ter discussie stelt, begint hij te schreeuwen en maakt er machtsstrijd van.' – Verpleegkundige.

7. Micromanagement: 52 procent van de verpleegkundigen en medische zorgverleners werkt samen met een of meer personen die hun autoriteit misbruiken:

ze gaan op hun strepen staan, bekken mensen af, dreigen of dwingen ze iets te doen waar ze het niet mee eens zijn.

'We hebben een hoofdzuster die laat omroepen dat we naar de verpleegkundigenpost moeten komen, zodat ze kan zeggen wat we moeten doen. Ze komt een kamer binnen waar we bezig zijn met een zieke patiënt en neemt alles over. Ze zegt: "Je moet het doen omdat ik het zeg." Als ze me zo rondcommandeert ben ik minder geneigd om haar te corrigeren als ze een kind op een verkeerde manier behandelt. Ik weet zeker dat ik al een keer met iets akkoord ben gegaan waar ik beter tegen in had kunnen gaan. En dat alleen omdat ik een hekel aan haar heb. Daarom ben ik op zoek naar werk in een ander ziekenhuis.' – Verpleegkundige.

Het effect van deze cruciale gesprekken

De meeste respondenten uit de zorg zijn gelukkig met hun werk en denken dat hun organisatie goed werk doet. Maar toch geven de meeste respondenten aan dat een aantal van hun collega's problemen creëert die wijdverspreid, frequent en gevaarlijk zijn en een langere tijd voortduren. En nog belangrijker: de gegevens laten zien dat deze problemen maar zelden worden aangepakt.

Het onderzoek richtte zich voornamelijk op drie van de zeven cruciale gesprekken: incompetentie, slecht teamwerk en gebrek aan respect. Van deze drie zorgelijke situaties is tijdens het onderzoek in kaart gebracht hoe vaak en hoe lang achter elkaar ze voorkwamen en wat de impact ervan is. Er is ook gemeten of en op welke manier de situatie werd aangepakt.

Incompetentie

In de enquête werd gevraagd naar verschillende soorten problemen met incompetentie, variërend van 'slecht klinisch inzicht' en 'het nemen van beslissingen boven hun competentieniveau' tot 'het missen van basisvaardigheden'. Respondenten gaven aan of ze collega's hadden die op deze gebieden incompetent waren. Vervolgens werd de respondenten gevraagd om aan de collega te denken met het grootste competentieprobleem en aan te geven hoe vaak deze persoon iets gevaarlijks doet, hoe lang dit probleem al bestaat en wat het gevolg van deze incompetentie is geweest voor de veiligheid en gezondheid van patiënten.

De gegevens in tabel 1-a en 1-b laten de reikwijdte van het probleem zien. De meeste ziekenhuismedewerkers maken zich ernstig zorgen over de competentie van sommige van hun collega's. Er moet natuurlijk wel gezegd worden dat onze perceptie van een ander soms alleen gebaseerd is op een verschil van mening; en dit geldt met name voor een vakgebied als de gezondheidszorg, dat zo complex en vaak zo meerduidig is. Toch blijkt uit het feit dat deze percepties zo veel voorkomen, samen met de overtuigende verhalen uit de focusgroepen, dat deze problemen reëel zijn. Velen zeggen dat ze een collega hebben die soms wel elke maand iets gevaarlijks doet. Bijna de helft geeft aan dat het probleem al een jaar of langer bestaat. Sommigen hebben gezien dat deze persoon gezondheidsschade heeft berokkend aan patiënten. Toch bespreekt maar een klein percentage hun zorgen met de betrokken persoon.

Uit de gegevens blijkt dat het veel moeilijker is om een arts aan te spreken dan een verpleegkundige of een andere medewerker. Interessant genoeg geldt dat niet alleen voor verpleegkundigen en andere medische zorgverleners, maar ook voor artsen onderling, hoewel hun beroepsmatige autoriteit die discussie eenvoudiger zou moeten maken.

Table 1-a

Zorgen van verpleegkundigen en medische zorgverleners over incompetentie		
53% maakt zich zorgen over de incompetentie van een directe collega.	Deze directe collega doet minstens een keer per maand iets gevaarlijks.	27%
12% heeft deze zorgen uitgebreid besproken met deze directe collega.	Het probleem met deze directe collega doet zich al langer dan een jaar voor.	48%
	In het afgelopen jaar heeft een patiënt heeft gezondheidsschade opgelopen door deze persoon.	7%
34% maakt zich zorgen over de incompetentie van een arts.	De arts doet minstens een keer per maand iets gevaarlijks.	19%
Minder dan 1% heeft deze zorgen uitgebreid besproken met deze arts.	Het probleem met deze arts doet zich al langer dan een jaar voor.	54%
	In het afgelopen jaar heeft een patiënt heeft gezondheidsschade opgelopen door deze arts.	8%

Zorgen van artsen over incompetentie

81% maakt zich zorgen over de incompetentie van een verpleegkundige of andere medewerker.	Deze persoon doet minstens een keer per maand iets gevaarlijks.	15%
8% heeft deze zorgen uitgebreid besproken met deze persoon.	Het probleem met deze persoon doet zich al langer dan een jaar voor.	46%
	In het afgelopen jaar heeft een patiënt heeft gezondheidsschade opgelopen door deze persoon.	9%
68% maakt zich zorgen over de incompetentie van een arts.	De arts doet minstens een keer per maand iets gevaarlijks.	21%
Minder dan 1% heeft deze zorgen uitgebreid besproken met deze arts.	Het probleem met deze arts doet zich al langer dan een jaar voor.	66%
	In het afgelopen jaar heeft een patiënt heeft gezondheidsschade opgelopen door deze arts.	19%

Table 1-b

Slecht teamwerk

In de enquête werd gevraagd naar verschillende soorten problemen met teamwerk, variërend van 'roddelen' en 'beter proberen over te komen ten koste van anderen' tot 'minder dan hun aandeel van het werk doen'. De respondenten gaven aan of ze collega's hadden die op deze gebieden slecht samenwerkten. Vervolgens werd de respondenten gevraagd om te denken aan de collega van wie het slechte teamwerk het negatiefst uitwerkte en aan te geven hoe vaak deze persoon iets doet om het teamgevoel te ondermijnen, hoe lang dit probleem al gaande is en welke invloed het gedrag van deze persoon heeft gehad op de patiëntenzorg en het moreel onder het personeel.

De gegevens in tabel 2 laten zien dat het een veelvoorkomend probleem is. Driekwart van het onderzochte personeel in de gezondheidszorg maakte zich zorgen over een teamwerkprobleem en meer dan twee derde zegt dat dit probleem al meer dan een jaar duurt. Een kleiner maar toch significant deel (een vijfde) zegt dat het teamwerkprobleem zo ernstig is, dat ze er niet op vertrouwen dat de patiënten nog het juiste niveau van zorg krijgen en iets meer dan dat aantal overweegt om op te stappen vanwege het teamwerkprobleem. En toch bespreken maar relatief weinigen het probleem met de betrokken persoon.

Zorgen van verpleegkundigen en medische zorgverleners over slecht teamwerk

75% maakt zich zorgen over het slechte teamwerk van een directe collega.	Deze persoon doet minstens een keer per maand iets om het team te ondermijnen.	61%
	Het probleem met deze persoon doet zich al langer dan een jaar voor.	69%
16% heeft deze zorgen uitgebreid besproken met deze directe collega.	Door dit teamwerkprobleem vertrouwen ze er niet op dat de patiënten nog het juiste niveau van zorg krijgen.	22%
	Vanwege dit teamwerkprobleem overweegt de respondent om weg te gaan bij de afdeling of het ziekenhuis.	23%

Table 2

Disrespect

In de enquête werd gevraagd naar gebrek aan respect en wangedrag, variërend van 'verbaal geweld' en 'neerbuigend, beledigend of onbeschoft gedrag' tot 'machtsmisbruik en bedreiging'. De respondenten gaven aan of ze met iemand samenwerkten die zich op een van deze manieren ten opzichte van hen misdroeg. Vervolgens werd de respondenten gevraagd om aan de persoon te denken van wie de misdrijvingen de negatiefste invloed had en aan te geven hoe vaak deze persoon zich misdraagt en hoe lang dit probleem al gaande is.

De gegevens in tabel 3 laten zien dat driekwart van het onderzochte personeel in de gezondheidszorg op een of andere manier te maken krijgt met een gebrek aan respect. Velen van hen worden vaak en al lang geconfronteerd met dit soort gedrag. Hoe frequenter het gedrag en hoe langer het al gaande is, hoe serieuzer de plannen van de medewerker om ontslag te nemen. De correlatie is zo groot (correlaties van $r > .1$ zijn significant en hier is de correlatie $r = .424$, hetgeen indrukwekkend genoemd mag worden) dat gebrek aan respect waarschijnlijk de belangrijkste oorzaak is van de wens om ontslag te nemen. Een gesprek aangaan met de persoon die verantwoordelijk is voor deze misdrijvingen is bijna onmogelijk.

Zorgen van verpleegkundigen en medische zorgverleners over gebrek aan respect en wangedrag		
77% maakt zich zorgen over gebrek aan respect en wangedrag.	Deze persoon is bij minstens een op de vier interacties onbeschoft of misdraagt zich op een andere manier.	28%
	Dit gedrag doet zich al langer dan een jaar voor.	44%
7% heeft deze zorgen uitgebreid besproken met deze directe collega.	Correlatie tussen de frequentie van de misdrijvingen en de wens om ontslag te nemen.	$r = .424$, $p < .001$
	Correlatie tussen de langdurigheid van de misdrijvingen en de wens om ontslag te nemen.	$r = .190$, $p < .001$

Table 3

Waarom spreken mensen zich niet uit over deze zorgen?

De reden is natuurlijk duidelijk: het is moeilijk mensen te confronteren met hun gedrag. De respondenten van de enquête zeggen zelfs dat het moeilijk, zo niet onmogelijk was om mensen aan te spreken in deze cruciale situaties. De drie voornaamste zaken die een direct gesprek in de weg staan, zijn de onwetendheid van mensen, de overtuiging dat het hun taak niet is en de gedachte dat zo'n gesprek niets zou uithalen.

Andere barrières zijn de tijd en angst voor represailles. De enquête vroeg respondenten aan te geven om welke redenen ze de betrokken personen niet aanspraken op hun gedrag. De redenen die ze kozen waren bij elk probleem hetzelfde, waarbij de meest voorkomende antwoorden waren: 'Er was geen tijd of gelegenheid', 'Het is mijn taak niet', 'Ze worden vaak kwaad', en 'Ik was bang dat ze wraak zouden nemen.' Mensen willen anderen niet kwaad maken of de werkrelatie verstoren, dus ze schuiven moeilijke gesprekken voor zich uit of laten ze aan anderen over; uiteindelijk laten ze de zaak rusten.

Hier staat tegenover dat sommige mensen niet zwijgen over de problemen die ze zien. Ze bespreken ze met anderen. Afhankelijk van de aard van het probleem heeft een kwart tot de helft van de respondenten het probleem met een andere collega of met de leidinggevende van de persoon in kwestie besproken. Uit de interviews kwam naar voren dat de deelnemers het probleem niet bespreken met een collega om het op te lossen. Integendeel, ze doen dit om het probleem te omzeilen, om anderen te waarschuwen en om stoom af te blazen. Hierna een aantal voorbeelden van hoe mensen omzeilen, waarschuwen en stoom afblazen.

'We weten allemaal over wie ik het heb. Ze heeft een paar slechte gewoonten; of ze mist in ieder geval een paar goede. Ze gaat aan de slag en laat de deur van een couveuse open of de zijhekken van een peuterbedje naar beneden staan. We controleren allemaal haar patiënten, gewoon voor de zekerheid.' – Verpleegkundige.

Het probleem is ...	Percentage dat het moeilijk of zelfs onmogelijk vindt om de persoon aan te spreken
Incompetentie	56% van de artsen 72% van de verpleegkundigen en medische zorgverleners
Slecht teamwerk	78% van de verpleegkundigen en medische zorgverleners
Gebrek aan respect of wangedrag	59% van de verpleegkundigen en medische zorgverleners

Table 4

Het probleem is ...	Percentage niet-leidinggevendenden dat iemand aanspreekt	Percentage leidinggevendenden dat iemand aanspreekt
Competentie van een verpleegkundige of een andere ziekenhuismedewerker	3%	16%
Competentie van een arts	Minder dan 1%	Minder dan 1%
Slecht teamwerk	5%	9%
Gebrek aan respect of wangedrag	2%	5%

Table 5

'Het wordt doorgegeven. Een verpleegkundige belt vanuit de operatiekamer en zegt: "Hij is weer in zo'n bui." Als er in de ok iets misgaat, komt hij hier schreeuwend binnen. Je wacht gewoon je beurt af.' – Verpleegkundige.

'Je kunt patiënten niet aan haar toevertrouwen. Ze kan medicijnen toedienen, maar verder snapt ze er niets van. Ze is hier al zeven maanden. Deze verpleegkundige zou het prima doen bij een huisarts, maar voor het werk in een ziekenhuis is ze totaal ongeschikt. De andere verpleegkundigen zijn het hier allemaal mee eens.' – Verpleegkundige.

De meeste respondenten zeggen dat het problemen oplevert als je naar iemands leidinggevende gaat in plaats van de persoon zelf aan te spreken.

'Ik voel me erg opgelaten. Ik zag dat een verpleegkundige zich niet aan het protocol hield, maar in plaats van haar aan te spreken, stapte ik naar haar leidinggevende. Het zit zo: vroeger was ik haar leidinggevende, maar nu leidt zij mij op en zijn we gelijkwaardig. Ik had naar haar moeten gaan, maar ik maakte me zorgen over onze werrelatie en ging naar haar baas. Dat was geen goede zet.' – Verpleegkundige.

Uit de gegevens blijkt dat het inderdaad geen goede zet is om naar de leidinggevende te gaan. Hoewel een leidinggevende iets vaker iemand zal aanspreken en het probleem uitgebreid zal bespreken, betekent dit niet dat het dus vaak gebeurt. Vaak bleek het aanspreken van de leidinggevende een doodlopende weg.

De mensen die het wel aandurven om deze cruciale gesprekken aan te gaan

Binnen elk ziekenhuis is er een fascinerende minderheid (5-15 procent van de ziekenhuismedewerkers, afhankelijk van het probleem) die deze cruciale gesprekken wel aangaan. Ze werken op dezelfde afdelingen als de 85-95 procent van hun collega's die het niet aandurven om hun mond open te doen. Zijn deze mensen gek? Zijn ze afgestompt door de onveilige omgeving? Nee, deze mensen bewijzen dat het mogelijk is om ernstige zorgen te bespreken in bijna elke omgeving en een verandering teweeg te brengen

De significante correlaties in tabel 6 laten zien dat mensen die deze cruciale problemen onder de aandacht durven te brengen,

positieve resultaten bereiken voor hun patiënten, hun ziekenhuis en voor zichzelf. Dit druist tegen de intuïtie in. De meesten van de mensen die zich niet uitspreken, houden hun mond omdat ze denken dat er anders een ramp gebeurt. Maar het tegenovergestelde lijkt waar te zijn voor deze kritieke minderheid met grote contactuele vaardigheden. Ook hier geven de correlaties van .2 tot .465 aan dat deze vaardigheid om moeilijke problemen tussen personen aan te pakken, sterk gerelateerd is aan alle beschreven resultaten. Het getal $p < .001$ geeft aan dat de kans dat deze sterke correlatie op toeval berust minder dan 1 op 1000 is.

Deze correlaties zijn logisch. Mensen die zichzelf in staat achten om de problemen die ze tegenkomen aan te pakken en op te lossen, ondernemen actie en verbeteren de omgeving voor iedereen. Kijk maar naar de twee volgende voorbeelden. In het eerste voorbeeld gaat het over een arts die een andere arts niet durfde aan te spreken op zijn gedrag.

'Een chirurg is zelfs weggegaan vanwege de slechte werkhouding van een andere chirurg. Als je hem om een uur 's nachts belde, zei hij: "Het kan wel tot morgenochtend wachten." Het beste lid van zijn maatschap is daarom opgestapt. Niemand heeft hem hier ooit op aangesproken of hem gedwongen zijn houding te veranderen. De artsen praatten er onderling wel over, maar niet tegen hem.' – Arts.

<p>Verpleegkundigen en medische zorgverleners die anderen aan durven te spreken op hun incompetentie ...</p>	<p>zien betere resultaten van de behandeling (Spearman correlatie = $-.336$, $p < .001$)</p> <p>zijn tevredener over hun werkomgeving (Spearman correlatie = $-.267$, $p < .001$)</p> <p>zijn bereid zich extra in te zetten⁶ – doen meer dan het minimaal vereiste werk (Spearman correlatie = $-.240$, $p < .001$)</p> <p>willen aanblijven op hun afdeling en in hun ziekenhuis (Spearman correlatie = $-.335$, $p < .001$)</p>
<p>Artsen die anderen aan durven te spreken op hun incompetentie ...</p>	<p>zien betere resultaten van de behandeling (Spearman correlatie = $-.307$, $p < .001$)</p> <p>zijn tevredener over hun werkomgeving (Spearman correlatie = $-.309$, $p < .001$)</p> <p>zijn bereid zich extra in te zetten – doen meer dan het minimaal vereiste werk (Spearman correlatie = $-.263$, $p < .001$)</p>
<p>Verpleegkundigen en medische zorgverleners die anderen aan durven te spreken op hun slechte teamwerk ...</p>	<p>zien verbetering in de patiëntzorg (Spearman correlatie = $-.310$, $p < .001$)</p> <p>hebben meer plezier in hun werk (Spearman correlatie = $-.465$, $p < .001$)</p> <p>zijn bereid zich extra in te zetten – doen meer dan het minimaal vereiste werk (Spearman correlatie = $-.297$, $p < .001$)</p> <p>willen op hun afdeling en bij hun ziekenhuis blijven (Spearman correlatie = $-.460$, $p < .001$)</p>
<p>Verpleegkundigen en medische zorgverleners die anderen aan durven te spreken op hun respectloosheid of wangedrag ...</p>	<p>Zijn tevredener over hun werkomgeving (Spearman correlatie = $-.271$, $p < .001$)</p> <p>Zijn bereid zich extra in te zetten – doen meer dan het minimaal vereiste werk (Spearman correlatie = $-.203$, $p < .001$)</p> <p>Willen hun baan houden (Spearman correlatie = $-.258$, $p < .001$)</p>

Table 6

Als problemen maar voortwoekeren, hebben het moreel en de productiviteit daaronder te leiden, en dit levert risico's op voor patiënten. Hier volgt een voorbeeld van een arts die zijn collega wel durfde aan te spreken.

'Bij mij in de maatschap zit een vent die zich op een onbehoorlijke manier gedraagt . . . Het kwam erop neer dat zijn andere partners en ik vaker 's nachts moesten werken. Ik heb met hem gepraat, het was niet makkelijk, maar hij heeft beterschap beloofd.' – Arts.

Mensen die zich durven uit te spreken en de problemen die ze tegenkomen aanpakken, hebben een positieve invloed. Dit onderzoeksresultaat komt niet als een verrassing. Het verrassende is dat maar zo'n klein deel van het ziekenhuispersoneel zich uitsprekt. De arts uit het voorbeeld die het wel aandurfde, vertegenwoordigt minder dan een op de honderd van de artsen uit onze steekproef. De andere 99 leven met hun zorgen en met de slechte resultaten ervan die ze om zich heen zien.

Conclusies

De meerderheid van het ziekenhuispersoneel in dit onderzoek maakt zich serieus zorgen over een directe collega. Sommige van hen delen deze zorgen met andere collega's of met een leidinggevende, maar ze spreken maar zelden de betreffende collega aan. Er zijn ook maar weinig collega's of leidinggevendenden die deze personen aanspreken, zodat de problemen veel blijven voorkomen en vaak langdurig zijn.

Voor ziekenhuizen is het van cruciaal belang een cultuur van veiligheid te creëren, waar de personeelsleden in alle openheid hun zorgen kunnen delen met elkaar. De toegevoegde voordelen (hogere productiviteit, minder verloop onder verpleegkundigen en een betere samenwerking tussen artsen onderling) maken verbetering van deze competentie tot een uitzonderlijk effectief middel dat tot blijvende resultaten leidt. Maar het zou gevaarlijk zijn om te concluderen dat het voldoende is als het leveren van kritiek op collega's veiliger wordt gemaakt om deze zwijgcultuur te doorbreken. In elk ziekenhuis zijn er al mensen die zich uitspreken en ze ondervinden daar geen nadelige gevolgen van. Hoewel ze maar 5-15 procent van het totaal uitmaken, zijn ze de meest effectieve, tevreden en toegewijde onderdelen van de organisatie.

Ziekenhuizen zouden moeten leren van deze capabele sociaal vaardige minderheid. VitalSmarts heeft deze 'opinieleiders' 10.000 uur lang geobserveerd en baseert hierop een aantal aanbevelingen om hun vaardigheden binnen een ziekenhuis te verspreiden.

Aanbevelingen

Het stafbestuur en de raad van bestuur van een ziekenhuis zouden minstens een jaar lang het verbeteren van cruciale gesprekken in de top twee of drie van prioriteiten moeten zetten. De weerzin om mensen aan te spreken zit zo diep in de gezondheidszorg, dat deze extra aandacht nodig is om blijvende verbeteringen teweeg te brengen. De Amerikaanse beroepsvereniging voor IC-verpleegkundigen wijst erop dat een gezamenlijke inspanning nodig is van verpleegkundigen en andere medische zorgverleners, maar ook van de zorginstellingen zelf, om tot een blijvende verandering in dit soort moeilijke communicatie te komen.⁷

Om cruciale gesprekken mogelijk te maken, is een aantal innovaties nodig, afhankelijk van de barrières en traagheid in een bepaalde ziekenhuisorganisatie. We willen hier vier stappen behandelen die in veel organisaties tot snelle resultaten hebben geleid.

Stel de beginsituatie en een einddoel vast voor de verbeteringen

Het basisprincipe van aandachtsbesteding bij bedrijven is: als je het niet meet, dan geef je er niet om. Doe onderzoek binnen het ziekenhuis om vast te stellen in welke mate cruciale gesprekken op dit moment plaatsvinden, en omschrijf een duidelijk doel voor verbetering.⁸ Het moet mogelijk zijn om binnen een jaar een verbetering van 25 procent tot stand te brengen. Maak de doelstellingen publiek, zodat ze onder de aandacht van het personeel komen. Controleer minstens vier keer per jaar wat de vorderingen zijn, zodat mensen kunnen worden beloofd of ter verantwoording kunnen worden geroepen.

Houd interviews met focusgroepen

Vorm interviewteams van belangrijke bestuurders en artsen die hoog in de organisatie zitten en geef deze de leiding van de focusgroepen. Het is belangrijk dat leidinggevendenden de interviews houden en niet het personeel zelf. De leidinggevendenden moeten uit de eerste hand horen welke problemen er zijn en wat de oorzaak ervan is, bovendien moeten ze laten zien dat ze bereid zijn om te luisteren.

Het doel van deze interviews is uit te vinden waardoor cruciale gesprekken worden bemoeilijkt. U zult horen dat de meestvoorkomende barrière 'veiligheid' is; mensen hebben het gevoel dat het onveilig is om iemand aan te spreken op zijn gedrag.⁹ Leidinggevendenden moeten zich dit aantrekken, want dit is kritiek die hen direct aangaat. In de interviews moet worden gevraagd welke specifieke ervaringen ertoe geleid hebben dat mensen denken dat ze zulke cruciale gesprekken niet moeten aangaan – of wat hun ervaringen zijn als ze zo'n cruciaal gesprek juist wel aangingen.

'Iedereen weet dat hartchirurgen kunnen doen wat ze willen, omdat ze veel geld in het laatje brengen. Ik ben gewaarschuwd om niet tegen ze in te gaan.' – Verpleegkundige.

Als een hartchirurg verpleegkundigen ervan weerhoudt om tegen hem in te gaan, dan kan dit alleen omdat een manager of een collega-arts dit toestaat. Deze focusgroepen geven leidinggevend een gelegenheid om meer te weten te komen over hun rol in het laten voortbestaan van de problemen.

Richt de aandacht op problematische afdelingen

Gebruik de gegevens uit het beginonderzoek om te bepalen waar de meeste aandacht naar uit moet gaan. Het onderzoek geeft aan waar cruciale gesprekken niet of niet goed gevoerd worden. Dit zijn vaak de stressvolle afdelingen waar mensen dicht op elkaar werken, zoals de spoedeisende hulp, operatiekamers en de intensive care. Geef speciale aandacht aan afdelingen waar een overlap is tussen 'slechte cruciale gesprekken' en 'dicht op elkaar werken'.

Vorm teams op deze probleemafdelingen en laat leden van het stafbestuur en de raad van bestuur deelnemen. Deze teams moeten vaststellen wat de belangrijkste problemen zijn en oplossingen aandragen, die ook weer getest moeten worden.

Zet trainingen op

Een handvol mensen in uw ziekenhuis spreekt zich al uit en lost de problemen die ze in hun omgeving zien op. Training kan een krachtig middel zijn om andere te helpen zich uit te spreken, maar succes is niet gegarandeerd. Hierna staan de belangrijkste elementen waaraan een training moet voldoen om tot een significant resultaat te leiden.

- **Leidinggevend geven les.** De trainingen moeten worden gegeven door leidinggevend. Uit onderzoek is naar voren gekomen dat directe leidinggevend meer verbeteringen bewerkstelligen dan hooggewaardeerde professionele docenten, zelfs als die leidinggevend speciaal uitgekozen zijn omdat ze *slecht* lesgeven.¹⁰ Bovendien garandeert het feit dat een leidinggevend een training in bepaalde vaardigheden geeft, dat hij deze vaardigheden zelf ook verwerft. Daarnaast zal hij ook eerder het goede voorbeeld willen geven aan zijn ondergeschikten.
- **Goed lesmateriaal.** De training moet gebaseerd zijn op een effectief educatief plan. De deelnemers moeten alle concepten kunnen begrijpen en onder de knie krijgen. De geleerde vaardigheden moeten ook werken tijdens de sterk emotionele en riskante confrontaties waarover we het hier hebben gehad. Een standaardcommunicatietraining voldoet niet, omdat de regels en de problemen anders zijn als deze zeven emotionele en politiek riskante situaties zich voordoen. Hiernaast moeten de medewerkers tijdens de training ook

ervaringen hebben waarbij ze op emotioneel vlak worden geprikkeld om zichzelf te onderzoeken en in te zien dat veranderingen noodzakelijk zijn.¹¹

- **Gespreide training.** Kortere workshops met een tussentijd van week of twee werken beter dan langere, meer intensieve workshops. Met sessies van twee of vier uur wordt de cognitieve overbelasting vermeden waar veel andere trainingen onder lijden, bovendien kunnen de mensen tussendoor al beginnen het geleerde in de praktijk te brengen.
- **Constante aandacht.** Sommige bedrijfstrainingen hebben het karakter van een race naar de finish – alsof het doel is om iedereen zo snel mogelijk door het materiaal heen te loodsen. In feite is het belangrijker om de aandacht voor het aanleren van vaardigheden over langere tijd uit te spreiden dan om een trainingsprogramma 'op tijd' af te ronden. Als het leerproces korter dan vier tot zes maanden duurt, zal het geleerde niet doordringen in de dagelijkse praktijk van de medewerkers.
- **Relevantie.** De inhoud van de training moet natuurlijk gerelateerd zijn aan de riskante situaties waar mensen mee te maken krijgen. Standaardtrainingen in luistertechnieken en het geven van feedback bieden de deelnemers geen handvatten voor de moeilijke situaties die we tijdens ons onderzoek hebben aangetroffen. In de training moeten oefeningen worden opgenomen die speciaal gericht zijn op het aanleren van deze specifieke cruciale gesprekken.

Het probleem dat in dit onderzoek wordt beschreven is ernstig.

1) Mensen zien anderen fouten maken, regels overtreden of gevaarlijke incompetentie vertonen, 2) het gebeurt bij herhaling 3) over een langere tijd 4) op een manier die slecht is voor de veiligheid van patiënten en het moreel van het personeel 5) maar ze zeggen er niets van en 6) de kritieke variabele die bepaalt of ze deze keten wel of niet doorbreken door zich uit te spreken, is het vertrouwen in hun eigen vaardigheid om zo'n gesprek aan te gaan.

Met deze resultaten hebben ziekenhuizen een krachtig middel in handen om de veiligheid van patiënten en de prestaties van het personeel te verbeteren. Het feit dat mensen het niet aandurven om zich uit te spreken, is een knelpunt in de informatievoorziening. Het vinden en opheffen van deze knelpunten biedt heel veel voordelen. Leidinggevend kunnen dit proces direct in gang zetten en al snel een substantiële vooruitgang boeken.

Over de sponsors

VitalSmarts

VitalSmarts biedt wereldwijd consultancy en trainingen voor het verbeteren van de bedrijfsperformance en leiderscapaciteiten aan duizenden organisaties, waaronder meer dan 300 bedrijven uit de *Fortune 500*-lijst. Al meer dan 25 jaar onderzoekt de top van dit bedrijf methodes voor systematische en blijvende verandering. *Crucial Conversations* (cruciale gesprekken) biedt een aantal methoden om bedrijven te revitaliseren, teams te versterken, gemeenschappen te verbeteren en werkrelaties te verrijken. Deze methoden staan ook beschreven in de bestseller met dezelfde titel (McGraw-Hill 2002). VitalSmarts lanceert zijn nieuwste bestseller, gebaseerd op 25 jaar onderzoek: *Crucial Confrontations* (cruciale confrontaties) (McGraw-Hill 2004). Hierbij hoort een aantal nieuwe trainingsmethoden om organisaties, teams en individuele personen te leren effectief om te gaan met geschonden verwachtingen, op zo'n manier dat niet alleen het bestaande probleem wordt opgelost, maar ook de verstoorde relatie wordt hersteld. VitalSmarts biedt ook andere diensten, zoals lezingen, in-house consultancy, maatwerk en trainingen voor het hoger management.

AACN

De American Association of Critical-Care Nurses, de Amerikaanse beroepsvereniging voor IC-verpleegkundigen, is de grootste beroepsorganisatie voor gespecialiseerde verpleegkundigen. De AACN vertegenwoordigt de belangen van meer dan 400.000 verpleegkundigen die voor ernstig zieke patiënten zorgen. De organisatie heeft zich tot doel gesteld een systeem te ontwikkelen voor de gezondheidszorg dat uitgaat van de behoeften van patiënten en hun gezin; een systeem waarin IC-verpleegkundigen een optimale bijdrage kunnen leveren.

AACN omschrijft IC-verpleegkunde als de specialiteit binnen de verpleegkunde die zich bezighoudt met menselijke reactie op levensbedreigende gezondheidsproblemen. De AACN stelt zich ten doel de gezondheid en het welzijn te verbeteren van iedereen die ernstig ziek of gewond is, door middel van het bevorderen van de vaardigheden en het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van IC-verpleegkunde en het verbeteren van de werkomgeving, zodat een professionele en veelzijdige verpleegpraktijk mogelijk wordt gemaakt.

Noten

1. Columbia Accident Investigation Board Report Volume 1 (augustus 2003) 9.
2. L. Kohn, J. Corrigan, M. Donaldson, red., *To Err is Human. Building a Safer Health System* (Washington, DC: National Academy Press, 2000) 127.
3. Richard P. Wenzel & Michael B. Edmond, 'The Impact of Hospital-Acquired Bloodstream Infections', *Emerging Infectious Diseases* 7, no. 2 (maart-april 2001)
4. HealthGrades Quality Study: *Patient Safety in American Hospitals*, (HealthGrades, Inc., juli, 2004).
5. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, *Root Causes of Medication Errors 1995-2003*. www.jcaho.org/accredited+organizations/ambulatory+care/sentinel+events/rc+of+medication+errors.htm
6. *Discretionary effort* (de mate waarin mensen bereid zijn harder te werken) is een concept dat in 1983 geïntroduceerd is door Daniel Yankelovich (Yankelovich & Immerwahr, *Putting the Work Ethic to Work*, Public Agenda Foundation). Het is de motor achter de productiviteit van iedere organisatie waarin kennis een belangrijke factor is. *Discretionary effort* is het verschil tussen wat werknemer minimaal moet doen zonder bestraft of ontslagen te worden en datgene dat ze zouden kunnen doen als ze gemotiveerd genoeg zouden zijn. Als werknemers bereid gevonden kunnen worden om zich extra in te zetten, kan in veel beroepen de productiviteit met 100-500 procent toenemen.
7. *AACN Standards for Establishing and Sustaining Healthy Work Environments. A Journey to Excellence* (American Association of Critical Care Nurses: 2005) 40.
8. U kunt deze zeven cruciale gesprekken downloaden via www.silencekills.com of www.imkopleidingen.nl/onderzoek.
9. Een script en een voorstel voor de structurering van deze interviews kunt u downloaden via www.silencekills.com of www.imkopleidingen.nl/onderzoek.
10. Onderzoek van VitalSmarts naar het inzetten van leidinggevenden als leraren.
11. Informatie over de aanpak van *Crucial Conversations* door VitalSmarts of IMK Opleidingen kunt u vinden op www.silencekills.com of www.imkopleidingen.nl/onderzoek.

