Magazine voor leden
van MediRisk

Maart 2018 | 14e jaargang

Alert

De risico's van het vak

De weg naar Safety II

FRAM methode uit Denemarken **geeft positieve energie**

3D-video's en vernuftige e-learnings om online kennis door te geven

Een geboorteclaim vraagt om **levenslange afstemming** tussen alle betrokkenen

MediRisk
samen alert op veiligheid

Inhoud

De weg naar safety II

De weg naar Safety II is geen rechte lijn, maar een pad met bochten, hobbels en kruispunten. Nóg patiëntveiliger werken is een kwestie van pionieren, experimenteren en openstaan voor kansrijke initiatieven. We gingen op zoek naar inspiratie in binnen- en buitenland om de theorie handen en voeten te geven.

Incision: een mooi voorbeeld van (online) kennis borgen en delen

Theo Wiggers, een bevlogen chirurg, startte na zijn pensionering de website Incision. Een plek waar chirurgen en chirurgen in opleiding, aan de hand van videobeelden, stap voor stap meekijken met een operatie. Een mooie manier om knowhow te bewaren en door te geven.

Een geboorteclaim vraagt om levenslange afstemming

De behandeling van een geboorteclaim is een langdurige en complexe opgave in een emotioneel vaak toch al beladen proces; tijdens de ontwikkeling van het kind, moet de schadebepaling elke keer opnieuw bekeken en afgestemd worden op wat het kind op dat moment aan zorg nodig heeft. Een reconstructie...

Elke dag 'judgement day'

Tijdens de Onderlinge Tafel Media kwamen communicatieprofessionals bij ekaar om op zoek te gaan naar handvatten om sterker te staan in het snelle en soms vileine medialandschap. Elke situatie is natuurlijk anders maar er is wel een aantal vaste stijlregels.

3 Voorwoord
Veerkrachtig veranderen

4 Onderzoek
De weg naar Safety II

7 Innovatie
"Zo doen wij het"

10 Claimbehandeling
"Verkorte procedure draagt bij aan goede relatie met de patiënt"

11 NIEUW
Leren & Inspireren

14 Actueel: Sint Maarten
Werken onder woeste omstandigheden

16 Claimreconstructie
Een geboorteclaim vraagt om levenslange afstemming

18 Dubbelinterview
Kees van Dun (NIAZ) en Arnoud van Schaik (MediRisk)

20 Onderlinge Tafel Media
Elke dag is 'Judgement day'

23 MediRisk
Hoe zit dat eigenlijk?

Colofon

Alert is een uitgave van MediRisk over patiëntveiligheid en medische aansprakelijkheid. Het magazine wordt kosteloos verstrekt aan verzekerden en relaties van MediRisk.

MediRisk is een medische aansprakelijkheidsverzekeraar voor ziekenhuizen en andere zorginstellingen in Nederland. Opgericht in 1992 door en voor de leden, zónder winstoogmerk. MediRisk werkt samen met haar leden actief aan het terugdringen van risico's en het voorkomen van schade.

Redactie
Karlijn Leemhuis

Redactieadres
communicatie@medirisk.nl

Tekst
Nannet Alkema
Theone Joostensz

Ontwerp en opmaak
Canon Nederland N.V.

Druk
Canon Nederland B.V.

Oplage
10.000

MediRisk
Postbus 8409
3503 RK Utrecht
030 247 48 10
info@medirisk.nl

www.medirisk.nl

Veerkrachtig veranderen

"Samen experimenteren en elkaar informeren"

Safety II brengt een andere, positieve blik op de dagelijkse praktijk. Een open, waarderende en invoelende blik die de zorg hard nodig heeft. Meestal gaan behandelingen en ingrepen namelijk gewoon goed. En juist daar kun je enorm veel van leren. Want waarom ging het goed, terwijl zorgverleners dag in dag uit met unieke en uitermate complexe omstandigheden te maken hebben? Hoe kunnen we die persoonlijke veerkracht en intrinsieke motivatie van artsen, verpleegkundigen en alle andere betrokkenen inzetten om de zorg nog verder te verbeteren en daarmee claims te voorkomen?

Schat aan informatie. Ook bestuurders en beleidsmakers hebben veerkracht nodig om te veranderen, om anders te kijken naar veiligheid: niet meer alleen kijken naar wat fout ging, maar ook focussen op wat elke dag goed gaat. Natuurlijk levert terugkijken bij fouten belangrijke risico-informatie op en dat blijven we doen, onder meer aan de hand van onze database met 22.000 claims. Maar de dagelijkse praktijk herbergt een nog veel grotere schat aan informatie.
We startten 2017 met ons jubileumcongres 'Beter Worden', dat volledig in het teken stond van het nieuwe veiligheidsdenken. Gerenommeerde veiligheidspioniers als de Deense Erik Hollnagel en de Nederlands-Australische Sidney Dekker maakten de uitgangspunten van Safety II concreet en inspireerden de aanwezigen om 'anders te gaan denken'.

Waarom ging het goed? Na het congres gingen we met een aantal pilotziekenhuizen aan de slag met de debriefing in de Geboortezorg, een voorbeeld van hoe je Safety II in de dagelijkse praktijk inzet. Na elke bevalling staan de betrokken zorgverleners - en vaak ook de ouders - kort stil bij de gebeurtenissen: wat viel op? Wat ging goed? Waarom ging het goed? Wat kan beter? De pilotziekenhuizen zijn zonder uitzondering lovend over de debriefing als instrument om op een positieve manier nog meer veiligheidsbewustzijn te ontwikkelen en risicofactoren zichtbaar te maken. Deze insteek gaan we in 2018 zeker verder verfijnen en landelijk uitdragen.

Veelbelovende initiatieven. We zijn nu ruim een jaar verder en zien in de ziekenhuizen veelbelovende initiatieven die de theorie van het nieuwe veiligheidsdenken helpen vertalen naar de werkvloer. Initiatieven die je anders doen kijken naar de dagelijkse praktijk en die wellicht een inspiratie zijn voor andere ziekenhuizen. In deze Alert lichten we er een paar voor u uit.
De start is gemaakt en de weg van de Safety II-theorie naar de praktijk is lang. Daarvoor moeten we kennis halen, bij elkaar brengen en delen, in binnen- en buitenland. Samen experimenteren en elkaar informeren over wat wel en niet werkt. Een inspirerend traject!

Ebbo van Gelderen en Arnoud van Schaik
Directie MediRisk

Raad van Commissarissen MediRisk
drs. D. van Starkenburg RE
drs J.H.D. van Hemsbergen MBA
dr. H.A. Keuzenkamp, lid Raad van Bestuur Westfriesgasthuis
drs. W.O. Schreuder, internist niet praktiserend
prof. dr. C. Wagner, bijzonder hoogleraar Patiëntveiligheid en directeur bij het NIVEL

Bestuur MediRisk
mr. E.A. (Ebbo) van Gelderen, algemeen directeur
mr. A.R.T. (Arnoud) van Schaik MBA, directeur

Onderlinge Waarborgmaatschappij MediRisk B.A. en de bij deze uitgave betrokken redactie en medewerkers aanvaarden geen aansprakelijkheid voor mogelijke gevolgen van gebruik c.q. interpretatie van de informatie uit Alert. Meningen of standpunten van auteurs geven niet noodzakelijkerwijs het beleid van MediRisk weer. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, overgenomen en/of openbaar gemaakt zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van MediRisk. Leden mogen wel zonder toestemming inhoud overnemen na melding bij de redactie.

Heb je een onderwerp voor publicatie in de volgende Alert?
Laat het ons weten via communicatie@medirisk.nl

De weg naar Safety II:

Een kwestie van **pionieren** en **experimenteren**

Steeds meer zorgprofessionals en bestuurders omarmen de principes van Safety II, wat ook wel 'veiligheidsdenken 2.0' wordt genoemd. De weg van theorie naar praktijk is geen rechte lijn, maar een pad met bochten, hobbels en kruispunten. Nóg patiëntveiliger werken is een kwestie van pionieren, experimenteren en openstaan voor kansrijke initiatieven. MediRisk verzamelt inspiratie uit binnen- en buitenland om de theorie achter Safety II handen en voeten te geven.

Reis naar Denemarken: "FRAM geeft zorgverleners positieve energie"

Van concept naar concrete acties: hoe vertalen we Safety II naar de praktijk? In Denemarken ontwikkelden ze FRAM. Wat is het en wat levert het op?

FRAM staat voor Functional Resonance Analysis Method. Het is een non-lineaire methode om de complexiteit van processen in kaart te brengen en te duiden waar zich risico's bevinden. De methode is ontwikkeld door het Kwaliteitsinstituut Zuid-Denemarken. Daar is ook veiligheidsexpert Erik Hollnagel aan verbonden, één van de hoofdsprekers op het jubileumcongres van MediRisk in januari 2017.

Hulpmiddelen

"Uitwisseling met het Deense Center for Kvalitet en een ziekenhuis in het Deense Esbjerg, leert ons dat je met FRAM de complexiteit van de dagelijkse praktijk in kaart kunt brengen", vertelt Patricia Wimmer, adviseur medisch risicomanagement (MRM) bij MediRisk. "Denemarken is één van de voorlopers op het gebied van Safety II. We wilden weten welke hulpmiddelen zij gebruiken om dit nieuwe veiligheidsdenken naar de werkvloer te brengen."

Onderlinge dialoog

Het ziekenhuis in het Deense Esbjerg werkt al met FRAM. Collega-adviseur MRM Miriam Kroeze: "Met deze methode kun je bijzonderheden binnen zorgprocessen zichtbaar maken. Niet pas als er iets fout is gegaan, maar nu, op dit moment. Dat doe je samen met de zorgverleners. Het gaat immers om het proces in de dagelijkse praktijk. Als iémand expert is op dat gebied, dan zijn het wel de zorgverleners die het werk elke dag doen."

Wimmer: "FRAM laat onderlinge relaties zien; als bij stap tien iets anders gaat dan gepland, dan kan dat heel goed al in stap 3 zijn ontstaan. Zo maak je risico's inzichtelijk en kun je samen in gesprek gaan over hoe je het proces eventueel anders kunt inrichten. Dat is misschien wel de belangrijkste opbrengst van de methode: de onderlinge dialoog die ontstaat en het veiligheidsbewustzijn dat je ermee vergroot."

De échte dagelijkse praktijk

Kroeze vult aan: "Deze manier van analyseren is totaal anders dan de huidige analysemethode, de Root Cause Analysis, die zich sterk focust op wat er is fout gegaan en wie erbij betrokken was. Voor complexe processen is het niet altijd mogelijk om te komen tot oorzaak en gevolg. Dan past deze methode niet. FRAM geeft zorgverleners positieve energie, omdat er waarde wordt gehecht aan hun expertise en betrokkenheid om de processen, zoals ze écht verlopen in de praktijk, te bekijken en veiliger te maken."

Wimmer: "FRAM is een mooie methode die ook voor onze leden van grote waarde kan zijn. Daarom organiseren we dit jaar, samen met het Deense kwaliteitsinstituut, een inspiratiesessie voor bestuurders. In het verlengde daarvan staat een pilot Safety II & FRAM met vijf ziekenhuizen gepland."

KIJKTIP: 'Safety Differently'

Een complexe verkeerssituatie in Drachten veroorzaakt jaarlijks tien ernstige verkeersongelukken. Het kruispunt staat bomvol met verkeersaanduidingen op het wegdek en borden in alle soorten en maten, om de vele voetgangers, fietsers, bromfietsers, automobilisten en vrachtwagenchauffeurs te vertellen hoe het zit en hoe het moet. Ondanks al die aanduidingen daalt het aantal ongelukken niet.

Sidney Dekker

De gemeente Drachten zit met de handen in het haar en haalt er een verkeersexpert bij. Die geeft een wel heel ongebruikelijk advies: "Haal alle borden en tekens weg. Alles." Het resultaat? Het aantal ernstige verkeersongelukken is gedaald van tien naar één per jaar.

Veiligheidsbewustzijn

'Emergent behaviour' noemt veiligheidsexpert Sidney Dekker dat. Hij maakte de documentaire 'Safety Differently', over de principes achter Safety II. Door de verkeersborden en aanduidingen op het wegdek te verwijderen, wordt de situatie juist veiliger. Het veiligheidsbewustzijn van weggebruikers stijgt en ze maken uit eigen beweging de veiligste keuzes.

Veerkracht

Dekker ziet diezelfde veerkracht bij medewerkers van complexe organisaties, zoals ziekenhuizen: "We zien dat échte veiligheid niet wordt ontwikkeld door de protocollen van het management, maar door de medewerkers die het risicovolle werk dag in dag uit zelf uitvoeren."
Dekker heeft een belangrijke boodschap voor bestuurders, die in het Engels misschien wel krachtiger overkomt:

"As a leader, it shows humanity, humility and willingness to understand that experts who do the work every day are the ones to rely on to get the stuff done, and done succesfully."

De documentaire 'Safety Differently – The Movie' duurt een half uur en is te vinden op **www.youtube.nl.**

>

Learning from Excellence: "Onze aanpak verspreidt positiviteit in de zorg"

Alledaagse uitmuntendheid. Daar is Adrian Plunkett naar op zoek. Er gaat immers elke dag heel veel goed in de zorg. De kinderarts-intensivist uit Birmingham stond aan de wieg van 'Learning from Excellence', een systematische aanpak om excellente zorg op te sporen en te verspreiden.

"Excellentie is overal in de zorg aanwezig, maar we merken het lang niet altijd op", vertelt Plunkett. Dat wil hij veranderen. "Als we uitmuntende zorg wél opmerken en proberen te 'vangen', dan bereiken we twee belangrijke resultaten. Ten eerste krijgen we nieuwe inzichten om de kwaliteit verder te verbeteren. Ten tweede verhogen we de moraal, omdat we excellentie in onze collega's gaan waarderen en die waardering ook uitdragen, door middel van positieve feedback."

Learning from Excellence identificeert successen en bekijkt die door een 'leerlens'. De naam van het initiatief suggereert dat Plunkett vooral focust op extreem goede voorbeelden van zorg. "Dat was inderdaad het oorspronkelijke idee, maar nadat ik meer dan tweeduizend meldingen van uitmuntende zorg had bestudeerd, kwam ik tot de conclusie dat wij geen zeldzame voorbeelden van excellentie vastleggen, maar 'alledaagse uitmuntendheid'."

> "Eerlijk gezegd had ik nog nooit van Safety II gehoord toen ik Learning from Excellence bedacht"

Balans

Volgens Plunkett creëren we een cultuur van negativiteit en angst als er alleen een focus is op fouten en risico's. "Het is net als met leren over haaien: als je alleen de haaienaanvallen op mensen gaat bestuderen, dan weet je uiteindelijk maar een heel klein beetje over de haai. Natuurlijk moeten we blijven leren van veiligheidsrisico's en fouten. Maar de aandacht is nu doorgeslagen naar een negatieve insteek. Ik vind dat we de weegschaal meer in balans moeten brengen, door ook aandacht te schenken aan wat goed gaat in de zorg."

Adrian Plunkett

Op www.learningfromexcellence.com staat een stappenplan dat zorgverleners kunnen gebruiken om Learning from Excellence in te voeren. 'Keep it simple, quick and easy to use' is één van de belangrijkste tips. Het melden van uitmuntende zorg kan op papier of digitaal, bijvoorbeeld via een app of webformulier. Sommige ziekenhuizen koppelen het aan hun VIM-systeem, zodat op één plek niet alleen (bijna-)incidenten kunnen worden gemeld, maar ook voorbeelden van goede zorg.

Safety II

Learning from Excellence wordt vaak omschreven als een Safety II-initiatief. Plunkett: "Ik begrijp waarom, maar eerlijk gezegd had ik nog nooit van Safety II gehoord toen ik Learning from Excellence bedacht. Inmiddels wel en de uitgangspunten spreken me natuurlijk erg aan. Safety II gaat ervan uit dat we de condities moeten creëren waardoor er zoveel mogelijk goed kan gaan in de zorg. Die positieve insteek bevalt me meer dan het Safety I-concept, dat veiligheid beschouwt als een situatie waarin zo weinig mogelijk dingen fout gaan."

Steeds meer bestuurders en zorgverleners omarmen de principes van Safety II, maar worstelen met het in praktijk brengen van deze nieuwe filosofie. Plunkett: "Het gaat erom dat we manieren vinden om het dagelijkse werk beter te begrijpen. Als we de voorwaarden voor succes kunnen herkennen, zoals de slimme work-arounds, aanpassingen en improvisaties die zorgverleners bedenken om in elke unieke situatie de beste zorg te kunnen bieden, dan kunnen we de zorg verder verbeteren."

Inspiratie

Learning from Excellence biedt hiervoor goede aanknopingspunten. Plunkett: "Ik pretendeer niet dat ons systeem alle elementen van dagelijkse successen in beeld brengt. Wat ik wel zie is dat onze aanpak positiviteit verspreidt en zorgverleners inspiratie en handvatten biedt voor verdere kwaliteitsverbetering."

Meer weten? Kijk op **www.learningfromexcellence.com.**

"Zo doen wij het"

De vindingrijkheid om de patiëntveiligheid en de patiënttevredenheid te verhogen is groot. Dagelijks lezen we over sympathieke, innovatieve en creatieve oplossingen die de patiëntveiligheid en de patiënttevredenheid verhogen. Omdat we graag van elkaar leren, lichten we er een paar uit.

Samen hardop wikken en wegen

"Zo gaan we het doen", zei de specialist vier jaar geleden tegen borstkankerpatiënte Jannie Oskam. Oskam, die jarenlang in de zorg had gewerkt, reageerde verbaasd. "Ik wilde praten over de behandeling", zegt ze. "Het ging immers om míjn lijf. De arts begreep niet dat ik samen met hem wilde uitvinden wat voor mij het beste was. Hij had zelf al een keuze gemaakt. Ik kreeg uitleg, maar ik wilde overleg."

Eyeopener

Naar aanleiding van haar ervaringen en die van andere vrouwen in dezelfde situatie schreef Oskam een boek: 'Zo gaan we het doen! Samen beslissen bij borstkanker'. Hiervoor interviewde ze ook een aantal zorgprofessionals, onder wie diverse medisch specialisten. Die interviews waren voor haar een eyeopener. "Medisch specialisten doen hun uiterste best voor hun patiënten", zegt ze. "Toch hebben ze nog vaak de neiging om voor hen te willen denken. Terwijl je samen hardop moet wikken en wegen. Pas dan kom je tot een goede beslissing."

Jannie Oskam

Vertrouwen

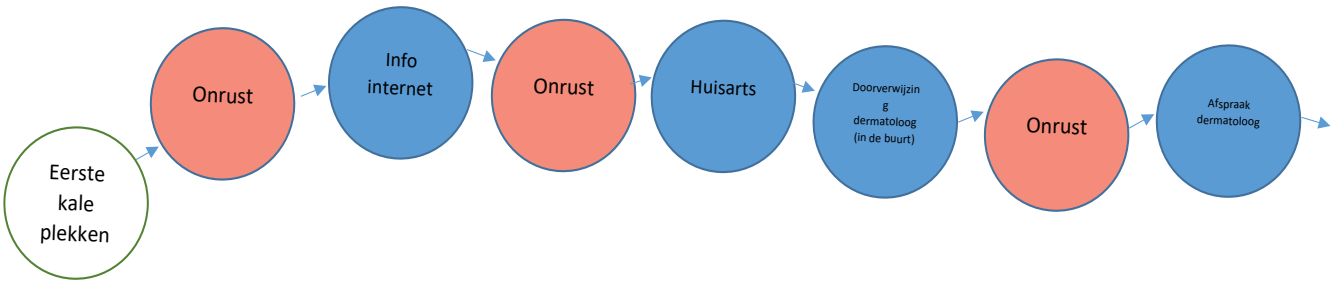
De beste communicatie-ervaring had Oskam met haar chirurg. "Mijn chirurg was heel toegankelijk. Hij ging serieus in op al mijn vragen en nam de tijd om mij helder te informeren. Ook liet hij mij de ruimte om hem wel of niet als hoofdbehandelaar te kiezen. Toen ik me niet kon vinden in de uitkomst van het medisch overleg, kwam hij met een alternatief. Zo groeide het vertrouwen."

Communicatieadvies

Oskam geeft gastlessen, lezingen en workshops over 'Samen beslissen', onder meer aan artsen en verpleegkundigen. Voor aankomend specialisten heeft ze een belangrijk communicatieadvies: "Beschouw patiënten als volwaardige gesprekspartners. Ze zijn expert in hun eigen leven. Een leven waar je niets vanaf weet, maar dat wel van belang is voor een goede beslissing. Leg patiënten uit dat het per persoon verschilt wat de beste behandeling is. Nodig ze uit met open vragen. Dat stelt jou als arts in staat met de patiënt mee te denken."

>

Rood is paniek, blauw is goed



Patiënten die een zorgtraject doorlopen, maken dingen mee die goed gaan en dingen die beter kunnen. Een patiëntenreis, een visuele weergave van alle fasen en gebeurtenissen in het zorgtraject, maakt dit inzichtelijk.

"Een betere zorg begint bij de patiënt, want die heeft hierin ook een eigen verantwoordelijkheid", zegt Marion Kremer van de Alopecia Vereniging (De Alopecia Vereniging is aangesloten bij het Innovatieplatform integrale dermatologische zorg voor huid- en haarpatiënten). "Een patiëntenreis is een goede methode om je eigen zorgtraject inzichtelijk te maken. Bovendien helpt het je om het gesprek aan te gaan met je arts."

Als ervaringsdeskundige bracht Kremer zelf haar patiëntenreis in beeld. Ze maakte gebruik van kleuren: rood betekende paniek, blauw was goed. Er waren veel rode momenten in haar traject. Vaak hadden die te maken met communicatie. Kremer: "Het is heel belangrijk dat arts en patiënt vanaf het begin van het traject goed met elkaar praten over de impact van de aandoening, de verwachtingen en verlangens van de patiënt en mogelijke behandelingen. Dat scheelt enorm in onrust en onzekerheid bij de patiënt."

Marion Kremer

Time-out kan 'spijt achteraf' voorkomen

"Haal die ellende zo snel mogelijk uit mijn lichaam!" Dat is meestal de eerste reactie van patiënten bij de diagnose borstkanker. "Begrijpelijk, maar het is vaak beter om even wat bezinningstijd in te lassen", zegt mammacareverpleegkundige Dorien van Odijk van Meander Medisch Centrum.

Uit onderzoek van Borstkankervereniging Nederland blijkt dat vrouwen regelmatig spijt hebben van een behandelingskeuze die ze onder tijdsdruk en vol in de emotie hebben gemaakt. Ook zijn patiënten beter gemotiveerd om een behandeling aan te gaan als vooraf alle opties en mogelijke bijwerkingen goed zijn afgewogen.

Andere voorkeuren

Van Odijk: "Er valt altijd iets te kiezen en iedere patiënt heeft andere voorkeuren. Voorheen hadden we bij het slechtnieuwsgesprek de operatiedatum al gepland en lag de map met informatie over de ingreep klaar. Dat doen we nu echt anders. Na de diagnose vertellen we uitgebreid welke mogelijkheden de patiënt heeft. En dan zeggen we: 'denk er even rustig over na, bel ons als je nog vragen hebt en kom over een paar dagen terug om er samen over te praten'."

Dorien van Odijk

Bij borstkanker is een time-out medisch gezien vaak veilig en mogelijk. "Als we geen bezinningstijd inlassen, bestaat de kans dat de patiënt achteraf zegt: 'was ik nou toch maar voor een borstbesparende operatie gegaan'. Of: 'had ik nou toch maar gekozen voor een operatie met gelijktijdig een borstamputatie én borstreconstructie.' Met goede informatie over de mogelijkheden kunnen we samen met de patiënt een keuze maken die het beste bij haar past."

Olievlek

De mammapoli van Meander Medisch Centrum deed afgelopen jaar samen met andere ziekenhuizen mee aan de Time-out Studie van 'Samen beslissen'. De time-out beviel zo goed, dat het ziekenhuis na afloop besloot om de aanpak te handhaven. Van Odijk: "Ik hoop dat de time-out zich als een olievlek uitspreidt over de ziekenhuizen, naar alle afdelingen waar patiënten tijd hebben om behandelkeuzes te maken."

Binnen een uur uitslag van mammografie

In de Breast Clinic van het Albert Schweitzer Ziekenhuis krijgen vrouwen vaak al binnen een uur de uitslag van een borstfoto. Dat kan doordat de radioloog de foto's direct zelf beoordeelt.

De snelle toegang tot onderzoek neemt onnodige angst weg bij een grote groep patiënten. Ongeveer 85 procent van de onderzochte vrouwen blijkt namelijk geen borstkanker te hebben. Is er toch aanvullend onderzoek nodig, dan worden de onderzoeken waar mogelijk op één dag gepland.

Nauwe samenwerking

In de Breast Clinic werken radioloog, laborant, mammachirurg en patholoog nauw samen. Ook is er een intensieve samenwerking met het Centrum voor Borstreconstructies van de afdeling Plastische Chirurgie.

Het Albert Schweitzer Ziekenhuis startte in 2012 met deze speciale kliniek, vanuit de visie dat goede zorg bij een vermoeden van borstkanker vooral wordt gekenmerkt door snelheid en efficiency. De werkwijze van de Breast Clinic werd afgelopen jaar beloond met de gouden Zinnige Zorg Award van zorgverzekeraar VGZ.

Wegwijzer in patiëntparticipatie

Participatiekompas.nl verzamelt methoden, instrumenten en adviezen om patiëntparticipatie in de zorg meer handen en voeten te geven. De website is bedoeld om patiënten, zorgverleners en onderzoekers te inspireren en op weg te helpen. Ervaringsverhalen en praktijkvoorbeelden geven een inkijkje in de ervaringen, successen en geleerde lessen over patiëntenparticipatie. Zo vertelt een bestuurslid van het Platform VG Brabant over patiëntgerichte ziekenhuiszorg voor mensen met een verstandelijke beperking. En de projectleider Patiëntparticipatie van het Elisabeth-Twee Stedenziekenhuis (ETZ) legt uit hoe keuzehulpen patiënten helpen om de meest passende behandeling te kiezen. Participatiekompas.nl is een initiatief van onder meer Patiëntenfederatie Nederland.

Participatiekompas

Digitale assistent geeft razendsnel antwoord

"Hoe krijg ik het alarm van dit apparaat uit?" of "Hoe zat het ook alweer met die nieuwe richtlijn?" *In the heat of the moment* wil je als zorgverlener gewoon snel antwoord op je vraag. De digitale assistent Ask Me heeft alle antwoorden paraat.

Zorgverleners kunnen via deze nieuwe tool allerlei vragen stellen over werkprocessen. Ask Me geeft antwoord in de vorm van tekst, beeld of korte film op computer, tablet of telefoon. Aan de ontwikkeling van Ask Me werkten meerdere leden van MediRisk mee.

Assistent op maat

In Ask Me staat standaard een aantal kritische werkprocessen, opgeknipt in korte stapsgewijze taakinstructies. Ziekenhuizen kunnen zelf wijzigingen aanbrengen en onderwerpen toevoegen. Zo ontstaat een op maat gemaakte digitale assistent.

‘‘Verkorte procedure draagt bij aan goede relatie met de patiënt’’

Soms is het zo klaar als een klontje: deze klacht of claim is gewoon terecht, deze patiënt moet simpelweg worden gecompenseerd. Voor die zaken is nu een versneld traject beschikbaar: de ‘fast lane procedure’.

Afgelopen jaar ging MediRisk in gesprek met klachtenfunctionarissen en juristen over het omgaan met klachten en claims: ‘hoe ziet goede opvang van een klacht of claim eruit? Wat gaat goed en wat kan beter en hoe kunnen we elkaar daarbij het beste van dienst zijn?’ Het eerste resultaat van die bijeenkomst is de nieuwe verkorte route voor het melden van een claim.

Charlotte Swolfs

Mikal Bergkamp

Snel afhandelen

Geen uitgebreide, dure en langdurige juridische weg inslaan, maar de klacht snel en adequaat afhandelen. Dat is de kern van de ‘fast lane procedure’. Het gaat hierbij om incidenten, doorgaans niet medisch-inhoudelijk van aard, waarbij buiten kijf staat dat de patiënt door toedoen van het ziekenhuis schade heeft ondervonden en gecompenseerd moet worden.

Een aantal leden heeft inmiddels ervaring met de fast lane procedure, waaronder Máxima Medisch Centrum. Charlotte Swolfs, in dit ziekenhuis werkzaam als jurist, heeft met de kortere procedure al een aantal kwesties snel en zorgvuldig kunnen afhandelen, met een tevreden patiënt als resultaat.

Compensatie

“Bijvoorbeeld een klacht van een patiënt die bij de apotheek uit eigen zak een fiks bedrag moest betalen voor wondverbandhulpmiddelen. Dat was omdat wij geen aanvraagformulier voor de zorgverzekeraar van patiënt hadden meegegeven, terwijl dat bij deze behandeling en de nazorg – het ging om een bepaalde bariatrische ingreep – wel gebruikelijk is. Of compensatie van een patiënt waarvan vooraf bekend was dat ze een latexallergie had, die door ons onvoldoende of niet in acht is genomen. Gevolg daarvan was, los van de impact, dat deze patiënt een paar dagen langer in het ziekenhuis moest blijven. Daardoor miste ze inkomsten als ZZP-er en een geboekte vakantie.”

Volgens Swolfs is het onzin om dat soort klachten in de juridische molen te brengen. “Voor zulke klachten is geen medisch-inhoudelijke beoordeling door MediRisk nodig. Doet zo’n heldere klacht zich voor, dan neem ik direct contact op met de schadebehandelaar bij MediRisk, met het voorstel om de patiënt via de versnelde procedure te compenseren.”

Eén telefoontje

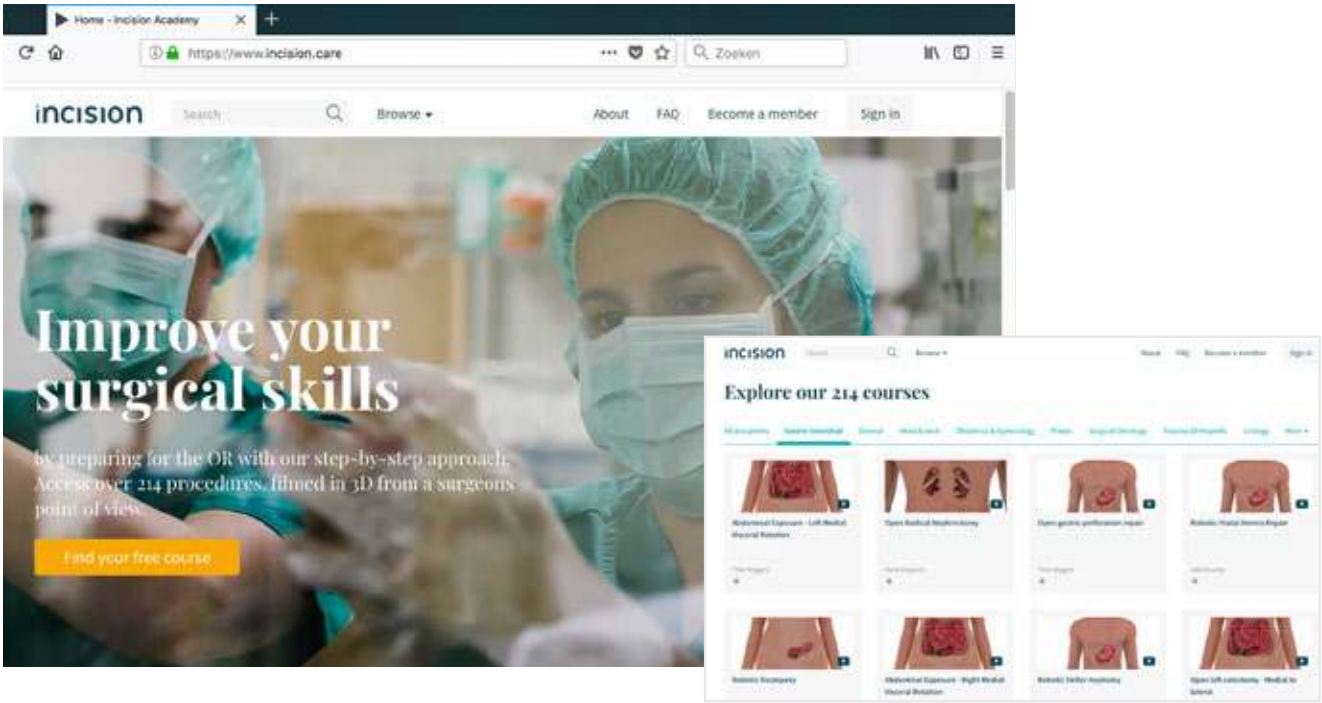
“Dat werkt prima bij klachten en claims met een maximum van een paar duizend euro, waarin het medisch-inhoudelijk handelen niet ter discussie staat of waarin het ziekenhuis om een andere reden wil compenseren”, legt Mikal Bergkamp uit, de schadebehandelaar die onder andere Máxima Medisch Centrum onder haar hoede heeft. “Omdat Charlotte zelf ook jurist is, kunnen we snel schakelen. Zij kan goed beoordelen welke klacht wel en welk incident niet voor de fast lane procedure in aanmerking kan komen. Meestal is één keer contact tussen ons dan genoeg om de compensatie voor de patiënt te regelen.”
Niet alleen de patiënt is gebaat bij een snelle, adequate aanpak. Ook voor ziekenhuizen is de versnelde procedure in sommige gevallen een uitkomst. Swolfs: “Dit voelt gewoon goed. We willen klachten natuurlijk het liefste oplossen bij de bron, zo laagdrempelig mogelijk. Dat kan met deze methode.”
Bergkamp: “Patiënten zijn vaak nog onder behandeling van een specialist, dus het is voor zowel patiënt als ziekenhuis van belang dat de onderlinge verhoudingen goed blijven. Met de fast lane procedure voorkomen we onnodige escalatie en juridisering en dragen we bij aan die goede relatie.”

Een goede opvang van klachten en claims vergt maatwerk binnen kaders, oftewel: partnership. Elk MediRisk-lid maakt samen met zijn vaste schadebehandelaar afspraken over de invulling van dit partnership. Dat kan bijvoorbeeld gaan over het zelf behandelen van eenvoudigere claims of over de mate van juridische ondersteuning. Op 26 maart en 19 april organiseert MediRisk een bijeenkomst over dit onderwerp. Voor deze bijeenkomsten zijn klachtenfunctionarissen en juristen van de aangesloten ziekenhuizen uitgenodigd.

MediRisk

Er valt altijd iets te leren. Elke dag, overal. Op de werkvloer, bijvoorbeeld door mee te kijken met experts en hen het hemd van 't lijf te vragen. Of gewoon vanuit je luie stoel, dankzij nieuwe technieken als 3D-video's en vernuftige e-learnings. Een greep uit het brede aanbod en inspiratie om te blijven leren en verbeteren.

"Kennis doorgeven is mijn belangrijkste drijfveer"



"Dit lesmateriaal had ik zelf ook graag in mijn opleiding willen hebben." Aan het woord is Theo Wiggers, een bevlogen chirurg die na zijn pensionering niet achter de geraniums dook. Integendeel: hij startte Incision, een digitale leeromgeving met Engelstalige video's en lesmateriaal over alle denkbare chirurgische ingrepen.

Theo Wiggers

'We believe in sharing' staat op de homepage. "Kennis doorgeven is mijn belangrijkste drijfveer. Met de pensionering van artsen vervliegt ook hun knowhow, die voor volgende generaties juist heel behulpzaam kan zijn. Dat bedoel ik niet 'op-de-borst-klopperig'; het gaat niet specifiek om mijn kennis, maar om de kennis van alle ervaren chirurgen die hun scalpel op enig moment voorgoed neerleggen."

Stap voor stap

Aan de hand van videobeelden leidt Incision chirurgen en chirurgen in opleiding stap voor stap door elke operatie heen. Van elke ingreep komt de voor- en nazorg aan bod en er is veel aandacht voor anatomie. Wiggers: "Je moet als chirurg precies weten hoe bijvoorbeeld zenuwen en bloedvaten lopen. Dat brengen we nauwgezet in beeld." Aan het eind kun je met een

>

toets aantonen dat je de e-learning hebt gevolgd of dat je accreditatiepunten wilt behalen. De leeromgeving is inmiddels geaccrediteerd door het Britse Royal College of Surgeons.

Eén standaard

Wiggers: "Hoe we de kwaliteit van de video's garanderen? In de chirurgie hanteren we maar één standaard en dat is: de beste. Dat klinkt misschien flauw, maar dat is wel het uitgangspunt bij de ontwikkeling van onze leeromgeving. We baseren ons op internationale richtlijnen en er kijkt altijd een expert-chirurg mee. Ook moedigen we gebruikers aan om feedback te geven op de video's. Bij nieuwe inzichten passen we het lesmateriaal aan."

Plannen heeft Wiggers nog genoeg. Zo staat verbreding van de doelgroep op het programma. "Niet alleen de operateur moet weten wat er voor, tijdens en na de ingreep moet gebeuren, ook de instrumenterende." Daarnaast ontwikkelt Incision onder meer virtual reality-modellen waarmee je levensecht ingrepen kunt oefenen.

Meer video's

Ook het portfolio van Incision wordt fors uitgebreid: dankzij een Europese subsidie groeit het aantal video's van ingrepen de komende tijd van 210 naar 300. Wiggers: "En daarna moeten we er nog driehonderd maken om het portfolio te completeren."

Wat is er **aan de hand?**

Gebroken of gekneusd? Doorverwijzen of naar huis sturen? Zenuwletsel of niet? De beoordeling van ogenschijnlijk eenvoudige handletsels kan complex zijn. Dat leidt nogal eens tot een gemiste diagnose of verkeerde behandeling met als gevolg onnodig ziekteverzuim, soms blijvende invaliditeit en een toename van schadeclaims.

"Bij 83% van de toegekende claims rondom hand- en polsletsel blijkt dat de zorgverlener, vaak een onervaren arts in opleiding, onvoldoende kennis had van de materie", weet Tim Nijhuis, plastisch chirurg in opleiding. "En dat terwijl 27% van alle patiënten die op de SEH belanden handletsel heeft."

Kennislacune

Die kennislacune bij artsen willen Nick Brinkman en Tim Nijhuis, beiden plastisch chirurg in opleiding, 'aan de poort' dichten. Op hun initiatief organiseert het Erasmus MC daarom een avondcursus voor a(n)ios op de SEH. "We gaan onder meer in op de anatomie van de hand, fracturen, infecties, peesletsel, zenuwletsel en weke delen", somt Brinkman op. "Tijdens de interactieve workshops bespreken we zaken als: hoe beoordeel je een röntgenfoto? En: hoe draag ik mijn informatie helder over aan mijn supervisor of aan een ander specialisme? Na deze cursus kunnen basisartsen met meer zelfvertrouwen een beoordeling of inschatting maken van de ernst van het handletsel. Dat garanderen we."

Volgeboekt

De cursus bestaat uit drie avonden onderwijs en wordt verzorgd door een multidisciplinair team uit de hele opleidingsregio, van de disciplines traumachirurgie, orthopedie, spoedeisende hulp geneeskunde en plastische chirurgie. De eerste cursus voor zestig cursisten uit de regio Rotterdam was binnen twee weken volgeboekt. Nijhuis: "Bij dit enthousiasme streven we ernaar om de cursus regelmatig te herhalen. Ook zijn we van plan om er meer regio's bij te betrekken en de doelgroep uit te breiden naar huisartsen en huisartsen in opleiding."

Mail voor meer informatie naar handletsel@gmail.com.

Hulp bij **onderzoek handletsel**

Waar moet je op letten als je als arts een hand onderzoekt? Op welk handletsel moet je bedacht zijn? Naast het populaire Handletselboek en de Handletselkaart introduceert MediRisk, als vervolg op de invitational over hand- en polsletsel vorig jaar, de eerste microlearning over handletsel.

Uit claims rondom handletsel komt naar voren dat met name arts-assistenten onvoldoende kennis hebben van risicofactoren bij handletsel. Met de deskundige inbreng van huisartsen en medisch specialisten ontwikkelde MediRisk samen met VvAA een korte instructiefilm over het verrichten van onderzoek bij een verwonding aan de palmaire zijde van de hand: hoe ziet de anamnese eruit? Hoe controleer je de doorbloeding? Hoe check je of de patiënt nog kan strekken en buigen en of er nog gevoel is in de hand?

Behoeftepeiling

De aankomende periode vindt er een behoeftepeiling onder leden plaats, om na te gaan hoe de microlearning een aanvulling kan zijn op het onderwijs voor arts-assistenten. Is er behoefte aan een PowerPoint voor scholing, wetenschappelijke artikelen over het onderwerp, inzicht in de claims of juist aan een duidelijke introductiemail? Vanaf maart is de microlearning beschikbaar voor alle leden.

Zin in een potje **veiligheidsbewustzijn**?

Welke mechanismen spelen een rol bij het maken van medische keuzes? En hoe maak je zorgverleners zich daarvan bewust? Door samen het spel 'Het nieuwe veiligheidsdenken. Een casus uit de praktijk' te spelen!

Het spel daagt zorgverleners uit om met elkaar in gesprek te gaan, aan de hand van een herkenbare praktijkcasus. Orthopedisch chirurg Jacob Caron en SEH-arts Pieter van Driel, beiden werkzaam in het St. Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis, bedachten het spel, samen met de Federatie Medisch Specialisten. Van Driel: "We zochten naar een manier om de theorie van Safety II te vertalen naar de praktijk. Je hoeft dit spel maar één keer te spelen en dan zie je meteen kwartjes vallen. 'Goh, zo had ik het nog nooit bekeken', horen we vaak."

Het spel is te vinden op **www.medischevervolgopleidingen.nl.**

Werken onder woeste omstandigheden

In september vorig jaar raasde orkaan Irma, de sterkste orkaan ooit in het Caribisch gebied, over Sint Maarten. Hoe kun je zorg verlenen in het pikdonker, als de betonplaten van het gebouw waaien en de regen nietsontziend naar binnen slaat? Drie managers van het Sint Maarten Medical Center over het werken onder woeste omstandigheden.

Felix Holiday, medisch directeur en algemeen chirurg:
"Een goede voorbereiding is cruciaal. We hanteren in dit soort situaties een protocol om 'orkaanveilig' te kunnen functioneren, schade waar mogelijk te voorkomen en medewerkers te ondersteunen. Evacuatie van patiënten heeft de hoogste prioriteit; hoe minder mensen je onder je hoede hebt, hoe beter. We konden niet iedereen evacueren, dus uiteindelijk lagen er nog vrij veel patiënten in ons ziekenhuis. Gelukkig heeft het personeel ondanks alles de veiligheid van de patiënten kunnen garanderen en is het ziekenhuis tijdens en na de orkaan open gebleven."

65 dialyse-patiënten verhuizen

Erika van der Horst, facilitair manager: "Achteraf gezien hebben we geluk gehad met de ligging van ons ziekenhuis; de kritieke afdelingen, zoals de spoedeisende hulp, OK, radiologie en de intensive care unit zijn relatief ongeschonden gebleven. Wel was er veel schade aan de dakconstructie. Op één hoek zijn zo'n veertig betonelementen weggewaaid. Verder hadden we heel veel lekkage door alle wind en regen." "De CT-scan is tien weken buiten gebruik geweest", vult Holiday aan. "De reparatie daarvan heeft zo lang geduurd omdat het niet eerder mogelijk was om de juiste onderdelen en technische ondersteuning op Sint Maarten te krijgen mede doordat eilanden rond Sint Maarten ook zwaar getroffen waren. De dialyse-afdeling was door problemen met de watervoorziening niet meer te gebruiken en het was één van onze grootste uitdagingen om de 65 dialyse-patiënten in een heel korte tijd te evacueren naar Aruba, Bonaire en Curaçao. Na zes weken konden zij gelukkig weer naar huis."

Kennis, kunde en financiële steun

Bonnie Dekker, beleidsmanager: "We hebben veel hulp gekregen van onze contacten en ministeries in Nederland en van de eilanden in het koninkrijk. Die hebben zich volop ingezet om transport te regelen en donaties en middelen onze kant op te sturen. Die steun blijft nodig. We hebben bijvoorbeeld een 'boodschappenlijst' met essentiële medische apparatuur die door de financiële consequenties van orkaan Irma nu niet aangekocht kunnen worden.

Ook is het moeilijker om onze roosters in te vullen. We hadden altijd een flinke pool van waarnemend medisch specialisten uit het buitenland die hier graag een aantal weken verbleven maar die zijn nu, na de ravage die de orkaan heeft aangericht, lastiger te vinden. Tijdelijke versterking in diverse specialismen is juist nu bijzonder welkom. Dat geldt ook voor gespecialiseerde zorgverleners, zoals IC-verpleegkundigen en laboranten.

Holiday: "Ook op het gebied van kwaliteitsontwikkeling stellen we ondersteuning erg op prijs. We willen graag de JCI accreditatie* behalen en dat kost veel tijd en vraagt specifieke kennis. Hulp daarbij is zeer welkom!"

** JCI (Joint Commission International) accreditatie is een internationaal keurmerk voor ziekenhuizen, dat anders dan de vroegere NIAZ-accreditatie, niet meet of alle documenten op orde zijn, maar juist kijkt naar de werking van alle protocollen en zorgplannen in de praktijk. De missie van JCI is het verbeteren van de veiligheid en kwaliteit van zorg.*

Uw hulp is welkom!

Wilt u als (zorg)professional uw (tijdelijke) hulp aanbieden? Neem dan contact op met Bonnie Dekker (bonnie.dekker@smmc.sx).

Wilt u een donatie doen?
Dat kan op NL32 INGB 0008 0486 01 t.n.v. Stichting Vrienden van SMMC of via de website **www.smmc.sx.**

Een leven lang **afstemmen** en **bijstellen**

In het voorjaar van 2010 wordt Marlou geboren, het eerste kind van Marieke en John. De bevalling verloopt moeizaam en dat heeft, zo blijkt, blijvende gevolgen voor de gezondheid van Marlou. De ouders dienen een claim in, omdat zij vinden dat er tijdens de bevalling fouten zijn gemaakt. Wat volgt is een lang en emotioneel proces, voor zowel de ouders als de betrokken zorgverleners.

Reconstructie

De dag voor de bevalling wordt Marieke met acute buikpijn in het ziekenhuis opgenomen. Ze krijgt pijnstilling en heeft twee centimeter ontsluiting. 's Avonds zijn geen contracties meer voelbaar, maar Marieke heeft een onrustige nacht. De volgende ochtend worden de vliezen gebroken en krijgt Marieke een weeënopwekkend middel. Vanaf twee uur 's middags ontstaan kleine afwijkingen in het CTG (foetale monitoring) en vanaf drie uur is er sprake van een suboptimaal CTG. De arts-assistent besluit om half vier de achterwacht op te roepen. Om vier uur wordt Marlou geboren. Ze is in slechte conditie. Ze moet ondersteund worden bij de ademhaling, reageert

nauwelijks en wordt overgebracht naar een gespecialiseerd centrum.

Verwijt

Marieke en John verwijten het ziekenhuis dat er eerder in de middag microbloedonderzoek (MBO) had moeten plaatsvinden. Bovendien vinden zij dat het verloskundig team vanaf drie uur alerter had moeten reageren. Volgens de ouders waren de teamleden niet goed op elkaar ingespeeld en wachtte de arts-assistent te lang met het bellen van de achterwacht. Ze schakelen een belangenbehartiger in, die namens de ouders een claim indient bij het ziekenhuis.

'Met de wetenschap van achteraf'

De medisch adviseur van MediRisk verdiept zich in de casus. Hij oordeelt dat de waarden van de hartfrequenties binnen de marge waren en dat daarom geen aanvullend onderzoek nodig was. Dit verwijt wordt daarom niet erkend. Wel concludeert de medisch adviseur, met de wetenschap van achteraf, dat de achterwacht eerder ingeschakeld had moeten worden. De toevoeging 'met de wetenschap van achteraf' maakt het lastig om te bepalen of er sprake was van onzorgvuldig handelen. Samen met de ouders en de belangenbehartiger wordt daarom besloten zich te wenden tot een externe deskundige. Discussie over wie die deskundige zou moeten zijn neemt veel tijd in beslag, omdat in dit soort situaties bij ouders nog wel eens het idee ontstaat dat de deskundige, uit hetzelfde vakgebied, geen objectief oordeel kan geven.
Pas na vijftien maanden bepaalt de deskundige, aan de hand van expertiseonderzoek, dat de achterwacht eerder ingeroepen had moeten worden. Pas dan kan gestart worden met het vaststellen van de schade. Marlou is inmiddels drie jaar oud.

Schadebepaling

De schadeafwikkeling in dit soort situaties is over het algemeen een complex en langdurig proces. Marlou is door zuurstofgebrek meervoudig gehandicapt. Ze zal haar verdere leven volledig afhankelijk zijn van de zorg van haar ouders en van professionele zorgverleners. In de praktijk nemen de ouders in de beginjaren vaak de volledige verzorging op zich, tot het moment dat het hen 'te veel' wordt. Dan neemt een dag- of avondinstelling de verzorging meestal op zich. De kosten daarvoor worden vaak vergoed vanuit de Wet Langdurige Zorg (WLZ). Om te bepalen hoe de ouders van Marlou gecompenseerd moeten worden - met andere woorden: wat de 'vergoedbare schade' is - wordt gekeken naar de extra zorg die Marlou nodig heeft vergeleken met een gezond kind van dezelfde leeftijd.

Een ander belangrijk element in de schadebepaling is het verlies van arbeidsvermogen; Marlou zal door haar beperkingen nooit kunnen werken. Het is vanzelfsprekend heel moeilijk om te reconstrueren wat haar toekomstperspectief was geweest bij een normaal verlopen bevalling. Er zijn immers heel veel aspecten van invloed op de uiteindelijke carrièrekansen van een schoolgaand kind, die geen relatie hebben met de geboorte van het kind. Dit is doorgaans een lastig punt in de schadevaststelling. Of partijen komen hier samen uit, of de rechter stelt de schade vast.

Geen glazen bol

Marlou is inmiddels zeven jaar en heeft al meerdere malen in het ziekenhuis gelegen. Drie dagen in de week verblijft ze op een dagopvang, de overige dagen zorgt haar moeder voor haar. Het gezin is inmiddels verhuisd naar een gelijkvloerse woning, dichter bij de opvanglocatie, en heeft een speciale auto aangeschaft waarin ze Marlou met haar rolstoel goed kunnen vervoeren. De toekomst laat zich lastig voorspellen. Wat als de conditie van Marlou verslechtert? Kan haar moeder dan nog vier dagen per week voor haar zorgen? Is er dan andere opvang nodig? Zijn er te zijner tijd nieuwe behandelingen waarvoor Marlou in aanmerking komt? Tijdens de ontwikkeling van Marlou moet de schadebepaling elke keer opnieuw bekeken en afgestemd worden op wat zij op dat moment aan zorg nodig heeft. Om die reden is de afwikkeling van de schade in dit soort gevallen een langdurige en complexe opgave. Eén van de langst lopende zaken duurde uiteindelijk bijna 25 jaar, waarbij de schade werd vastgesteld op ruim € 1,2 miljoen.

Deze claimreconstructie is gebaseerd op een combinatie van vergelijkbare claims.

"Delen waar je trots op bent, dat geeft energie"

Wat hebben het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) en MediRisk met elkaar gemeen? Veel meer dan je in eerste instantie misschien zou denken. Alert ging in gesprek met Kees van Dun, directeur van het NIAZ, en met directeur MediRisk Arnoud van Schaik over onnodige regels, van moeten naar willen en van wantrouwen naar vertrouwen.

Het NIAZ, in 1998 opgericht door organisaties van professionals en zorginstellingen, ontwikkelt kwaliteitsnormen en toetst zorginstellingen hierop. MediRisk ontstond in 1992 vanuit de behoefte van ziekenhuizen om het risico van medische aansprakelijkheid verzekerbaar en betaalbaar te houden. Beide organisaties, die al vanaf 2006 hun audits inhoudelijk en qua frequentie op elkaar afstemmen, staan met beide benen in de maatschappij en hebben veel contact met zorginstellingen. Ze zien dezelfde ontwikkelingen binnen de zorg en richten hun werkzaamheden daar op.

Van moeten naar willen

"We zien dat accreditatie steeds meer beschouwd wordt als een hulpmiddel om elke dag op een systematische manier te werken aan een betere kwaliteit van de zorg", zegt Van Dun. "Er is een verschuiving gaande van moeten naar willen. Het NIAZ probeert de overstap te maken van extern- het toetsen aan normen die van buiten opgelegd zijn, naar intern. Dat betekent onnodige regels en procedures schrappen, aan zorgprofessionals vragen wat in de praktijk werkt en dat als uitgangspunt nemen. Wil je de zorg goed organiseren, dan moet je dat niet vanuit wantrouwen doen, maar op basis van vertrouwen."

Ook MediRisk volgt deze, meer constructieve beweging. "MediRisk is gestopt met de klassieke brede audits waarbij getoetst werd op het navolgen van richtlijnen en veiligheidsprocedures bij alle ziekenhuizen", zegt Van Schaik. "Tegenwoordig bieden we ziekenhuizen met een verhoogd risico op claims een gericht riskassessment aan met een focus op het sturen op risico's en het verbetervermogen."

Goede voorbeelden

MediRisk omarmt de nieuwe manier om naar patiëntveiligheid te kijken, Safety II. Omdat er ook veel valt te leren van dingen die goed gaan. "In Alert besteden we vaak aandacht aan goede voorbeelden", zegt Van Schaik. "We merken dat dit enthousiasmerend werkt."

Van Dun: "NIAZ reikt sinds 2017 de NIAZ Jaarprijs uit aan het beste goede voorbeeld. Delen waar je trots op bent, dat geeft energie." Van Schaik: "Mooi dat NIAZ en MediRisk elkaar hierin aanvullen." Van Dun beaamt dit: "Onze ontwikkelingen komen grotendeels met elkaar overeen en we versterken elkaar hierin. We werken in dezelfde richting."

Ketenzorg

Vanuit de overheid en door zorgprofessionals wordt er steeds meer toegewerkt naar ketenzorg. Ook daar richten het NIAZ en MediRisk zich op, elk vanuit hun eigen invalshoek. Van Dun: "Als individuele zorginstellingen het huis goed op orde hebben, dan kunnen ze prima met elkaar samenwerken. Je kijkt dan naar de verschillende transitiemomenten in de keten: hoe is het met de ontslagplanning, de medicatieoverdracht, de patiëntvoorlichting? Wat mag je daarvan verwachten, hoe gebeurt het daadwerkelijk en klopt het met elkaar? Samen met zorginstellingen geeft het NIAZ hier vorm en inhoud aan. Daarbij werken we met de kennis en praktijkinformatie van de instellingen zelf."

Debriefing geboortezorg

In het kader van verbetering van de ketenzorg en het terugdringen van risico's ontwikkelde MediRisk met een aantal leden de pilot debriefing geboortezorg. Hierbij wordt na een bevalling gedebriefd met alle betrokkenen, ook de eerstelijns verloskundigen, en vaak ook met de kersverse ouders. Van Schaik: "De risico's op claims en calamiteiten kunnen weleens anders komen te liggen als de eerste en tweede lijn in elkaar gaan overvloeien. Samen met enkele ziekenhuizen en daarbij behorende Verloskundige Samenwerkingsverbanden, onderzoeken wij wat zij nodig hebben om de veiligheid te garanderen en in alle omstandigheden goed verzekerd te zijn. Zorgverleners kunnen zich dan met een gerust hart op de zorg richten."

Arnoud van Schaik Kees van Dun

"Wij zien een beweging van het verzekeren van risico's in individuele instellingen naar het verzekeren van de hele keten."

Patiënt steeds meer centraal

Op basis van de ontwikkelingen in de zorg, heeft het NIAZ zijn strategisch beleid gericht op drie dimensies: de patiënt, de regio en gezondheidsbevorderend gedrag. Van Dun: "Wij gaan vanaf 2020 uitsluitend audits doen waarbij we primair de patiënt als uitgangspunt nemen. De zorg heeft op dat moment goede randvoorwaarden – waar de Raden van Bestuur voor hebben gezorgd - , en de professionals bieden inhoudelijk de juiste zorg. Maar de patiënt merkt ook dat dat daadwerkelijk zo is. Dat is de beweging waarin we nu zitten: van bestuur naar professie, en van professie naar patiënt. De beweging van moeten naar willen, naar doen, naar ervaren."

Partnership klacht- en claimopvang

Ook bij MediRisk staan de behoeften van de patiënt steeds meer centraal. Van Schaik: "Onze leden doen heel erg hun best om de beste zorg te verlenen. Als er iets niet goed gaat, dan moet MediRisk dat op een goede en nette manier afhandelen. In samenspraak met onze leden hebben we een werkwijze ontwikkeld, het partnership in klacht- en claimopvang. Het doel is om het ziekenhuis zo goed mogelijk te faciliteren om de patiënt op de beste manier te begeleiden in een klacht- of claimproces. Daarbij proberen we met alle betrokkenen de werkwijze zo goed mogelijk af te stemmen op de behoefte van de patiënt. Door tijdig te anticiperen op situaties voorkom je heel veel onnodige juridisering en oplopende frustratie bij de patiënt."

Regionale samenhang

In het verlengde van de ketenzorg ligt de zorg in de hele regio, de zogenaamde regionale samenhang. Van Dun: "Heb je binnen een bepaalde regio voldoende ketens bekeken en getoetst, dan kun je ook een complete regio accrediteren. Dat gebeurt bijvoorbeeld al in Canada. Daar gaat het veel meer over de manier waarop de zorg op elkaar is afgestemd dan over individuele instellingen." Van Schaik: "Wij zien een beweging van het verzekeren van risico's in individuele instellingen naar het verzekeren van de hele keten. Een regiopropositie zou hier een invulling voor kunnen zijn. Vanuit de ziekenhuizen is ook de behoefte om dit meer gemeenschappelijk aan te pakken. Om samen de verantwoordelijkheid te dragen in plaats van dat ieder dat vanuit zijn eigen hokje doet."

Communiceer en informeer elkaar
Weet wat er speelt
Luister naar je doelgroep
Wees realistisch en niet jolijkerl!
Belangrijke lessen over communicatie in crisissituaties
Elke dag is 'judgement day'
MESSAGE
NEWS
47

MediRisk

Een reputatiecrisis is als een orkaan. Bloggers en twitteraars gaan met het onderwerp aan de haal en ook de media hebben hun vonnis vaak in recordtijd geveld. Wat kun je als ziekenhuis het beste doen: vol tegen de wind in of wachten tot het overwaait? Zes lessen van communicatieprofessionals die al eens een crisis meemaakten.

Pakweg twintig woordvoerders, PR-managers en communicatieadviseurs uit verschillende ziekenhuizen kwamen op 1 februari jongstleden bijeen voor de Onderlinge Tafel Media van MediRisk, die deze keer in het teken stond van crisiscommunicatie. Aanleiding voor dit thema: de toenemende (social) media-aandacht voor prestaties in de zorg en medische claims, waardoor de onzekerheid groeit over hoe je daar als ziekenhuis nou het beste mee om kunt gaan.

Tijdens de Onderlinge Tafel deelden Maaike de Ridder van Rijnstate en Sebastian Dingemans van Tergooi hun ervaringen en 'lessons learned'. Beide woordvoerders maakten een forse crisis mee. In Rijnstate speelde het overschrijden van de landelijke richtlijn voor het gebruik van spermadonoren. In Tergooi ging het om het plotselinge overlijden van Rogier Mooij, de 21-jarige neef van Jolanthe Sneijder-Cabau.

Les 1: Weet wat er speelt

Vaak wordt de afdeling Communicatie pas vrij laat op de hoogte gebracht van kwesties die kunnen uitmonden in crises. En als de situatie eenmaal uit de hand is gelopen, is het bijna onmogelijk om er nog grip op te krijgen. Advies van Dingemans en De Ridder is dan ook: zorg dat je weet wat er speelt. De Ridder: "Komt er een tuchtzaak aan, is er een medische schadeclaim binnengekomen, dreigt er een rechtszaak? Laat je informeren, schuif aan bij overleggen waar deze informatie wordt gedeeld, zorg ervoor dat je collega's het belang ervan inzien om jou er vroegtijdig bij te betrekken."

Dingemans: "Welke ballen zouden kunnen gaan rollen en hoe gaan we er dan mee om? Soms is het aan te raden om zélf de media op te zoeken en open kaart te spelen, in plaats van af te wachten of journalisten met de kwestie aan de haal zullen gaan.
De beeldvorming gaat zo ontzettend snel, probeer zo goed mogelijk de regie te houden door te weten wat er speelt."

Les 2: Weet wat er over je wordt gezegd

"Daarnaast moet je natuurlijk voortdurend extern je voelsprieten uitsteken", benadrukt Steven den Boer, PR & social media-adviseur van LVB, ook aanwezig bij de Onderlinge Tafel. Door de enorme opkomst van social media is het iedere dag 'judgement day'. Den Boer: "Het voorrecht om nieuws te verspreiden is niet meer voorbehouden aan traditionele media. Nu kan iedereen dat. Als ik in jullie ziekenhuis ga zitten, kan ik met mijn telefoon ter plekke een radio-uitzending beginnen over wat er gebeurt. In een oogwenk ontstaan er zo mediaomgevingen waar je geen weet van hebt, maar die wél veel invloed kunnen hebben." Volgens Den Boer zijn er nog steeds ziekenhuizen die geen gebruik maken van systemen zoals Hootsuite, Buzzcapture en OBI4wan om online communicatie over het ziekenhuis te monitoren. Hij raadt aan om niet alleen socials als Twitter en LinkedIn bij te houden, maar ook review-platforms als Zorgkaart Nederland.

>

Les 3: Luister naar je doelgroep

Het Radboudumc heeft er zelfs een speciale functionaris voor: de Chief Listening Officer. Een professionele 'luisteraar' die in gesprek gaat met medewerkers en patiënten om erachter te komen wat er leeft.

Sommige artsen zijn heel actief op social media. Ze communiceren veel met patiënten en gebruiken de informatie die dat oplevert in hun dagelijkse werk. "Dat moet wel bij je passen", zegt De Ridder. "Als je communiceren op social media eng vindt, kun je er maar beter niet aan beginnen."

Communicatieafdelingen kunnen overigens een hele kluif hebben aan twitterende medewerkers. Vooral die van het eigenwijze of uitgesproken type. "Ook daar moet je als organisatie de vinger aan de pols houden: zorg ervoor dat je weet wat er gezegd wordt en welke reacties daar op volgen", adviseert Den Boer.

Les 4: Bedenk dat elke situatie uniek is

Crisisplannen, persprotocollen en Q&A's voor journalisten blijven natuurlijk belangrijk, maar geen enkele crisis verloopt volgens plan. Dingemans: "Je kunt geen protocollen schrijven die op elke situatie van toepassing zijn. Dat geldt voor ons vak net zo goed als voor alle andere disciplines in de zorg. Je hebt een papieren werkelijkheid en een werkelijkheid in de praktijk. Op papier noteer je bijvoorbeeld dat je een proactief mediabeleid voert, maar bij dramatische zaken met heftige emoties past meestal louter empathie en bescheidenheid."

Les 5: Informeer, maar reageer niet overal op

Dingemans: "Zorg dat je alle betrokkenen goed en snel informeert bij ontwikkelingen. Vergeet ook de interne communicatie niet: houd alle medewerkers doorlopend op de hoogte van de kwestie en de media-aandacht die erover ontstaat."

Wat te doen als je signaleert dat een bepaalde kwestie negatieve aandacht krijgt? Wel of niet reageren? Den Boer: "Tenzij je het idee hebt dat je het gesprek kunt keren, kun je het soms maar beter laten gaan, om erger te voorkomen. Wel is het belangrijk om deze gesprekken te blijven monitoren. Dreigt het echt uit de hand te lopen, dan ben ik er een voorstander van om te kijken of je het informeel kunt oplossen. Liefst aan tafel, zodat je elkaar kunt zien. Online kunnen mensen heel anders zijn dan in het echt."

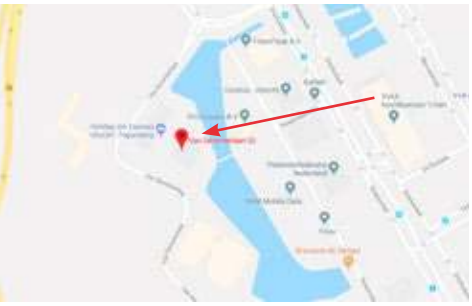
Les 6: Leer van een crisis

Een crisis is een kans om te leren, door te reconstrueren en te reflecteren. Den Boer: "Natuurlijk is voorkomen ook in dit geval beter dan genezen. Maar krijg je ermee te maken, probeer dan ook de goede kant ervan in te zien: door samen terug te kijken op een crisis, ontdek je altijd aanknopingspunten voor verbetering."

Crisiscommunicatie: tien basisregels

Sebastian Dingemans, nu woordvoerder in Tergooi, was voorheen als woordvoerder werkzaam in de politiek en als eindredacteur voor Radio 1. Zijn werkervaring in het soms vileine medialandschap brachten hem de volgende tien basisregels voor crisissituaties:

1. Voorbereiden, voorbereiden, voorbereiden
2. Zorg dat je een netwerk van journalisten opbouwt
3. Houd de klok in de gaten en kom snel in actie
4. Breng het slechte nieuws in één keer naar buiten
5. Wees realistisch
6. Eén woordvoerder tijdens de crisis
7. Geef nooit de pers de schuld
8. Niet jokken!
9. Wees empathisch en begripvol
10. Roep zo nodig hulp in van buitenstaanders



MediRisk gaat verhuizen

Per maandag 2 juli 2018 verruilt MediRisk de plek aan de Orteliuslaan 750 voor een etage in het nabijgelegen kantoorgebouw Maximus aan de Van Deventerlaan 20 in Utrecht. Het nieuwe pand biedt meer ruimte, meer licht en de inrichting is eigentijds en modern.

Hoe zit dat eigenlijk?

Zoveel leden, zoveel vragen.
De afdeling Ledenadvies heeft de meest gestelde vragen en antwoorden op een rijtje gezet.

In hoeverre ligt het inschakelen van een tolk bij een patiëntgesprek (in het kader van informed consent) bij mij als arts? En hoe zit dit dan met mijn aansprakelijkheid?

Deze vraag is actueel in het licht van de publiciteit over een Poolse vrouw bij wie in 2013 ongewild de baarmoeder werd verwijderd terwijl bij haar nog een kinderwens bestond. In de pre-operatieve gesprekken was het de vrouw niet duidelijk geworden, dat bij de ingreep (in verband met een verzakte baarmoeder) haar baarmoeder zou worden verwijderd. Zij had begrepen, dat haar baarmoeder zou worden 'opgehangen'. De vrouw had zich tijdens de consulten laten begeleiden door haar werkgever en haar partner om als tolk te fungeren. Toch vond de rechter dat in dit geval onvoldoende, mede in het licht van het ingrijpende karakter en de gevolgen van de operatie. Juist bij een taalbarrière moet de arts extra op zijn hoede zijn en in dit geval had hij moeten nagaan of er nog een kinderwens bij de vrouw bestond. Uiteindelijk ontving zij van de rechter in 2017 een bedrag van € 30.000 aan smartengeld.

Dit vonnis laat zien dat een zorgverlener niet alleen begrijpelijke en volledige informatie dient te geven aan een patiënt voordat deze toestemming kan geven voor de behandeling , maar ook dat de zorgverlener zich ervan moet overtuigen dat de patiënt die informatie heeft begrepen.

Bij taalbarrières verdient het daarom aanbeveling de patiënt aan te raden om tenminste een begeleider mee te nemen die de Nederlandse taal machtig is en bij gevoelige onderwerpen een professionele tolk in te schakelen. Bij veel voorkomende ingrepen zouden informatiebrochures in andere talen verstrekt kunnen worden.

Het is in elk geval wel duidelijk dat onomkeerbare misverstanden zoals in deze casus niet uitsluitend bij de patiënt neergelegd kunnen worden.
Zie voor informatie ook Standpunt Tolken in de zorg op **www.knmg.nl**.

Hoe zit dat eigenlijk?

Zoveel leden, zoveel vragen.
De afdeling Ledenadvies heeft de meest gestelde vragen en antwoorden op een rijtje gezet.

Huisartsenposten en ziekenhuizen gaan steeds nauwer samenwerken en elkaars taken overnemen. Wat betekent dat voor de aansprakelijkheid?

De aansprakelijkheid en met name de beoordeling daarvan, is bij dergelijke samenwerkingsverbanden niet anders. Een zorgverlener is en blijft zelf verantwoordelijk voor zijn (para-)medisch handelen; een verdergaande samenwerking tussen HAP en ZKH verandert daar niets aan. Wel kunnen er grijze gebieden ontstaan; als de HAP en het ZKH bij verschillende maatschappijen verzekerd zijn, kan daardoor discussie ontstaan over de vraag welke verzekeraar een aanspraak zou moeten behandelen. Bij vervagende grenzen ligt dat risico namelijk op de loer. In dit soort gevallen wordt de afwikkeling van een aanspraak in het algemeen meestal bij de eerst aangesproken verzekeraar neergelegd. De patiënt ondervindt van de dekkingsdiscussie dan geen nadeel, terwijl de regelend verzekeraar 'aan de achterkant' met de andere verzekeraar de discussie over de dekking kan voeren.

Hoe zit het met aansprakelijkheid als een patiënt staat op de behandeling terwijl de arts de behandeling afraadt?

Een arts is niet verplicht om een door een patiënt gewenste behandeling uit te voeren als hij daar niet achter kan staan. De arts doet er dan verstandig aan na te gaan of bemiddeling door bijvoorbeeld een collega uitkomst kan bieden, de patiënt te verwijzen naar een andere behandelaar of een second opinion te adviseren. Als de arts ten onrechte een behandeling weigert, terwijl een redelijk handelend vakgenoot die behandeling wel zou hebben verricht, is de arts aansprakelijk en verplicht om eventuele schade van de patiënt te vergoeden.

Wat wordt bedoeld met 'alles achter de slagboom is verzekerd'?

De zinsnede: 'alles achter de slagboom is verzekerd' raakt het dekkingsgebied van de verzekering van de instelling. De verzekering van MediRisk biedt volgens haar voorwaarden dekking voor aanspraken die hun oorzaak vinden in, of op het terrein van de verzekerde instelling. Ook een glijpartij van een patiënt of bezoeker op de parkeerplaats van het ziekenhuis met letsel tot gevolg is gedekt door MediRisk. Of er in zo'n situatie sprake is van aansprakelijkheid is natuurlijk een ander vraagstuk. De voorwaarden gaan echter verder. Zo bestaat er een subsidiaire dekking voor een (vervolg) behandeling in een andere zorginstelling als voor die behandeling geen dekking bestaat op een door de andere zorginstelling afgesloten (intramurale) aansprakelijkheidsverzekering. Maar er bestaat ook dekking als een zorgverlener uit de instelling incidenteel medische hulp verleent bij ongevallen, plotseling opkomende ziekte, ook tijdens congressen, studiereizen et cetera. Ook thuiszorg van patiënten vanuit en met instemming van de zorginstellingen valt onder de dekking.

Heeft u ook een vraag? Mail het naar polis@medirisk.nl.

MediRisk