Magazine voor leden
van MediRisk

Oktober 2018 | 14e jaargang

Alert

De risico's van het vak

Menselijke maat

Safety II van 'de menselijke factor is een risico' naar **'de menselijke factor is van onmisbare waarde'.**

Bij ketenzorg is aansprakelijkheid **niet eenduidig** geregeld.

"Wij zijn er niet om geschillen te genereren, maar om ze op te lossen."

MediRisk
samen alert op veiligheid

Inhoud

FRAM maakt de menselijke maat zichtbaar

'Leren van wat goed gaat' klinkt veelbelovend, maar hoe pak je dat concreet aan? Hoe krijg je het werk in de praktijk in beeld? Bijvoorbeeld met FRAM (Functional Resonance Analysis Method). FRAM maakt het verschil tussen protocol en praktijk haarscherp zichtbaar. Een aantal ziekenhuizen maakte al kennis met deze nieuwe praktische tool.

Handpalmscanner identificeert patiënt feilloos

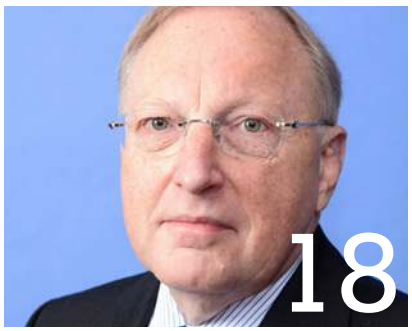
Nooit meer per ongeluk de verkeerde meneer Jansen op de bestralingstafel: de handpalmscanner die Radiotherapiegroep Arnhem samen met een fabrikant ontwikkelde, identificeert patiënten vlot en feilloos.

Hoe doen ze het toch?

Ben je als patiënt beter af bij die ene kliniek in Londen? Of kies je toch voor je eigen, lokale ziekenhuis? Reumatologen van het Medisch Spectrum Twente ontwikkelden een methode waarmee je zorgresultaten van instellingen wereldwijd met elkaar kunt vergelijken. Het team ontving hiervoor de VBHC Collaboration Award.

"Heel vaak is het toch vrij simpel"

Hoe maken we de zorg nog veiliger? Wat valt er te leren van andere sectoren? Veel, zegt Tjibbe Joustra, voorzitter van de Onderzoeksraad voor Veiligheid. Vooral van de luchtvaart, op meerdere vlakken. "In die sector is het niet: 'Barbertje moet hangen, wie heeft het gedaan?' De focus ligt op analyseren en voorkomen dat het nog een keer gebeurt."



3 Voorwoord
Niet besturen vanaf papier, maar zichtbaar zijn

4 Medisch risicomanagement
FRAM maakt de menselijke maat zichtbaar

8 Juridisch teamwork
Menselijke maat als maatstaf voor béide partijen

9 Onderzoek
Netwerkaansprakelijkheid bij ketenzorg

10 Innovatie
"Zo doen wij het" Handpalmscanner identificeert patiënt feilloos

12 Claimreconstructie
Overslaan van één check met vervelende gevolgen

14 Leren en inspireren
Value Based Healthcare Award voor MST

16 Klacht- en Claimbehandeling
Wat doet de Geschillencommissie Zorg en hoe gaat ze te werk? Jacqueline Berkelaar, manager Juridische Zaken bij de Geschillencommissie Zorg, geeft antwoord.

18 Interview
Tjibbe Joustra, voorzitter Onderzoeksraad voor Veiligheid

20 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

MediRisk

Niet besturen vanaf papier, **maar zichtbaar zijn**

"Wat direct kan worden opgelost, lossen we direct op"

De menselijke maat Het thema van deze Alert spreekt mij zeer aan. Het valt me op dat er in de zorg ongelooflijk hard wordt gewerkt. Ik zie mensen die zich met trots en vol passie inzetten voor onze patiënten.
Voor mij als bestuurder betekent de menselijke maat: medewerkers waarderen in hun professionaliteit. En dat ook uitspreken, face to face. Niet besturen vanaf papier, maar zichtbaar zijn. Zelf meelopen, meekijken, meedoen, meevoelen. Ik wil het zién. Echt contact maakt de boodschap helder.

Negen beloften 'De menselijke maat' wortelt zich steeds meer in het DNA van ons ziekenhuis. Het staat voor hoe je omgaat met patiënten en hun familie en met je collega's. De patiënt én de professional staan centraal. Dat hebben we met elkaar afgesproken in een cultuurtraject. Samen met patiëntvertegenwoordigers zijn klantbehoeftes geïnventariseerd en vertaald naar negen praktische beloften onder het motto 'We zijn er voor u'. Zoals 'Altijd veilig' en 'Wat direct kan worden opgelost, lossen we direct op'.

Weten wie je bent 'U merkt dat wij samenwerken' is ook een belangrijke. Om goed te kunnen samenwerken, moet je eerst weten wie je bent en wat je kunt beloven. Voor de praktijk zijn deze beloftes natuurlijk niet nieuw, veel gebeurde al. Maar wat impliciet was, is nu expliciet gemaakt, zodat we samen weten waar we voor willen staan. Het gaat eigenlijk vooral om bewustwording. Razend belangrijk, want als we een gemeenschappelijke norm hanteren, kunnen we elkaar daar ook op aanspreken.

Maatschappelijke opdracht Hiervoor heb ik jarenlang gewerkt bij het Openbaar Ministerie. Een maatschappelijke organisatie en zo beleefden we dat ook. Ziekenhuizen beginnen zichzelf ook steeds meer te zien als maatschappelijke organisatie. Dat geldt zeker voor ons, als lokaal ziekenhuis. Ik zie het als onze maatschappelijke opdracht om lokaal diep geworteld zijn. Om nog meer samen te werken met buurt, wijk en regio en gezamenlijk een netwerk te vormen voor mensen en om mensen heen, gericht op gezondheid, een welbevinden en bestrijden van ziekte. Dat is de kracht én het bestaansrecht van een perifeer ziekenhuis.
Als vrienden of oud-collega's vragen 'Heb je het naar je zin in de zorg?', dan zeg ik volmondig ja. Mijn feitelijke werk is vrijwel hetzelfde gebleven, de context is anders. Elke vrijdagochtend ben ik ergens op de werkvloer. Het is een Rotterdams ziekenhuis, dus binnen tien minuten hoor ik wat ze mooi vinden en wat hen dwars zit. Dan hoor je de echte klachten, in plaats van een rapportage in managementjargon. Bijvoorbeeld over onwerkbare computersystemen. Of over de belofte 'U hoeft nooit zinloos te wachten', die we helaas nog niet altijd kunnen waarmaken. Het kan altijd beter, maar we zijn al een heel eind op weg.

Albert van Wijk
Voorzitter Raad van Bestuur IJsselland Ziekenhuis

Albert van Wijk maakte in november 2017 de overstap naar de zorg. Daarvoor werkte hij een kwart eeuw bij het Openbaar Ministerie, de laatste jaren als procureur-generaal. "Buiten het OM is ook veel moois en nuttigs te doen en ik zie er enorm naar uit om als bestuursvoorzitter van het IJsselland Ziekenhuis een nieuwe maatschappelijke opdracht te vervullen", zei van Wijk bij zijn aanstelling.

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
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:

FRAM maakt de menselijke maat zichtbaar

“Menselijke veerkracht is cruciaal in de zorg”

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

Van ‘de menselijke factor is een risico’ naar ‘de menselijke factor is van onmisbare waarde’. Dat is kortgezegd de verandering in denken van Safety I naar Safety II. Safety I zegt: ‘je bent afgeweken van het protocol en dat mag niet, je moet je aan de regels houden’. Safety II focust zich op hoe het er echt aan toe gaat in de praktijk. Het is onmogelijk om aan alle protocollen en procedures te voldoen en tegelijkertijd om te gaan met tijdsdruk en efficiencybehoefte. Safety II is een aanvulling op Safety I; door de onderliggende principes toe te passen kan de veiligheid verder verbeteren.

De afgelopen jaren zijn grote stappen gemaakt in de patiëntveiligheid, dankzij incidenten-, klachten- en claimanalyses en de invoering van protocollen, checklists en time-out-procedures. Patricia Wimmer-Boelhouwers, adviseur medisch risicomanagement (MRM) bij MediRisk: “Langzaamaan realiseren we ons dat het denken in oorzaak-gevolg in complexe situaties een te eenvoudige weergave van de werkelijkheid is. En dat falen en succes dezelfde bron delen: de complexe werkelijkheid van de zorg met altijd een belangrijke menselijke factor. Twee zijdes van dezelfde medaille.”

Ruimte voor variatie

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

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

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

Wimmer en haar collega-adviseur MRM Miriam Kroeze stuitten een jaar of twee geleden voor het eerst op FRAM. "We vonden dat we het aan onze leden verplicht waren om niet alleen de uitgangspunten van het nieuwe veiligheidsdenken breed uit te dragen, maar ook om praktische tools te vinden waarmee Safety II in praktijk kan worden gebracht. Daar was grote behoefte aan."

Geen dag is hetzelfde

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

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

Work as imagined ←
→ Work as done

Pilotziekenhuizen experimenteren met FRAM

"Zorg dat je erbij bent!"

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

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

Online platform

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

Gestructureerde methode

De eerste ervaringen van Michiel Vervoort, senior adviseur Kwaliteit, Veiligheid & Innovatie in het Albert Schweitzer Ziekenhuis, zijn positief. "Een gestructureerde methode om 'te leren van wat goed gaat' was welkom." De eerste FRAM analyseert het proces rondom de vitaal bedreigde patiënt. Vervoort: "We hebben eerst gekeken naar de bestaande afspraken en daarna zijn we aangeschoven bij de spoedinterventieteams. Dat leverde twee plaatjes op: een van manier waarop we dachten dat we hadden georganiseerd en een van de situatie in werkelijkheid. Die plaatjes gaan we binnenkort terugkoppelen en bespreken tijdens de volgende bijeenkomst met de spoedinterventieteams: waar zitten de verschillen en moeten we iets veranderen om beide plaatjes dichter bij elkaar te brengen?"

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

Open gesprek

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

>

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

Uit de interviews in Amphia over vragen na scopieën kwam onder meer naar voren dat het inwerktraject van nieuwe medewerkers verschilt per persoon: de poli-assistente die er al jaren werkt draagt andere informatie over dan haar collega's die er wat minder lang werken. "Het is goed dat die variatie zichtbaar is geworden. En zo zijn er meer variaties in werkwijzen in beeld gekomen. Verder hebben we geconstateerd dat er geen formele afspraken zijn voor de avond en de nacht, als de polimedewerkers naar huis zijn. In de praktijk gaat dat prima, maar misschien is het toch goed om hier afspraken over te maken. Dat idee kwam overigens vanuit de zorgverleners zelf. En daar ligt precies de kracht van FRAM: je gaat met z'n allen bewuster en proactief naar werkprocessen kijken, zonder dat daar een vervelende aanleiding voor is."

Dit voelt beter

Mutsaerts: "Eigenlijk kwamen we eerder vooral in actie als er iets fout was gegaan. Dit voelt veel beter, voor iedereen. Wij gaan kijken of we FRAM kunnen integreren als vaste analysemethodiek, naast de andere methodes die we hanteren. De methodieken kunnen namelijk naast elkaar bestaan." Vervoort van het Albert Schweitzer Ziekenhuis: "Ik zie het vooral als een structureringsmodel om vrij laagdrempelig gesprekken te voeren over zorgprocessen. Het lijkt mij interessant om de FRAM-methode toe te passen bij bestaand onderzoek dat we nu volgens andere methoden uitvoeren. En dan kijken of er verschil zit in de uitkomsten."

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

"Gewoon belangstellend zijn en naïeve vragen stellen"

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

Nikki Damen

Marit de Vos

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

Goed huwelijk

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

Hot topic

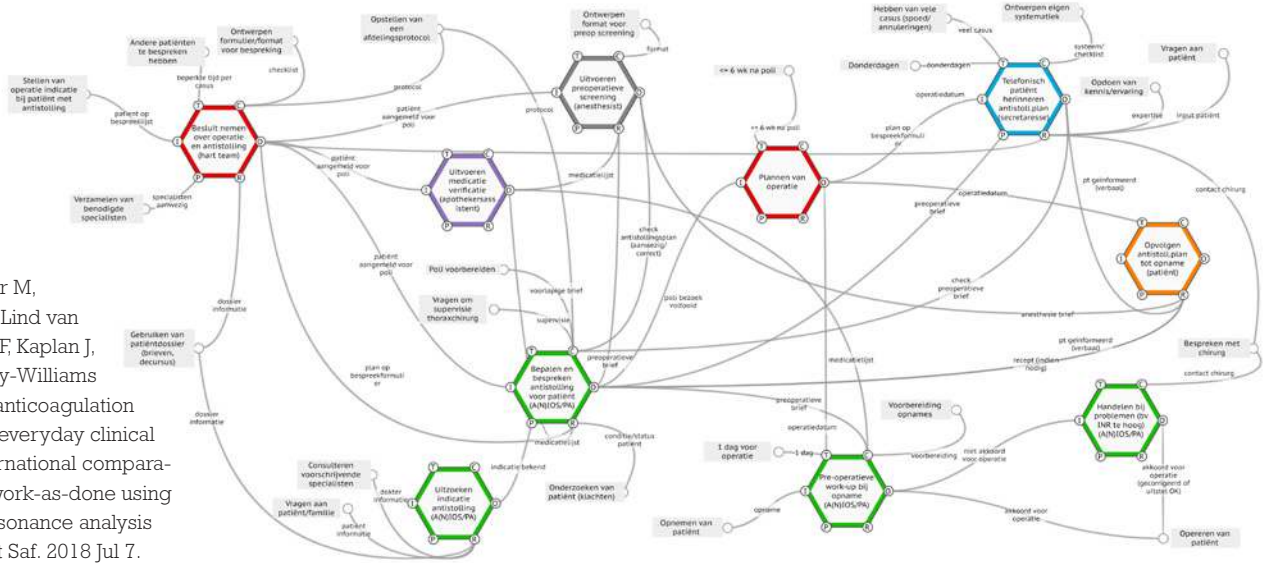
De Vos en Damen ontmoetten elkaar op een congres in Denemarken. Damen wilde leren begrijpen hoe antistollingsmedicatie wordt aangepast bij mensen die een openhartoperatie moeten ondergaan. "Dat is een hot topic in patiëntveiligheid. Bij zo'n operatie moet het bloed niet te dun zijn, maar je kunt de medicatie ook niet zomaar aanpassen bij mensen die de pillen nodig hebben. Kiezen tussen twee kwaden dus", legt Damen uit. Samen besloten ze om dit thema nader te onderzoeken: Hoe maken betrokken hulpverleners de risicoafwegingen en hoe zorgen ze dat dit goed wordt gecommuniceerd aan andere betrokkenen en de patiënt zelf? De Vos: "We spraken af dat we beiden een FRAM gingen doen over dit onderwerp. In dezelfde setting, maar in twee verschillende landen."

'Wat doe je?'

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

Ouwe-vrouwen-gekkigheid

Verrassend voor De Vos was vooral het interview met de secretaresse van de afdeling. "Toen ik doorvroeg naar haar werkzaamheden, pakte ze een zelfgemaakt lijstje uit haar la. Ze bleek een geheel eigen systeem te hanteren om dossiergegevens van elke patiënt te dubbelchecken, waar niemand van af wist. 'Dat ga ik echt niet aan mijn opvolger doorgeven, het is mijn eigen ouwe-vrouwen-gekkigheid', zei ze." Ook Damen stuitte in Australië op een verpleegkundige die een eigen systeem had opgezet. De Vos: "Zo ontdek je dat mensen heel vindingrijk zijn. Bij calamiteitenonderzoek ga je dit soort variaties op de richtlijn nooit in beeld krijgen, met FRAM wel. Puur door belangstellend te zijn en naïeve vragen te stellen."



Bron afbeelding: Damen NL & de Vos MS, Moesker M, Braithwaite J, de Lind van Wijngaarden RAF, Kaplan J, Hamming JF, Clay-Williams R. Preoperative anticoagulation management in everyday clinical practice: an international comparative analysis of work-as-done using the functional resonance analysis method. J Patient Saf. 2018 Jul 7.

FAQ over FRAM

Wat is FRAM?

FRAM staat voor Functional Resonance Analysis Method. Deze analysemethode is ontwikkeld door het Kwaliteitsinstituut Zuid-Denemarken, waar ook veiligheidsexpert Erik Hollnagel aan is verbonden. Hij was één van de hoofdsprekers op het jubileumcongres van MediRisk in januari 2017.

Wat heb je aan FRAM?

FRAM kan bijdragen aan het vergroten van de patiëntveiligheid. Het maakt zichtbaar hoe de dagelijkse praktijk verloopt en waar de risico's van variatie liggen.

Waarin wijkt FRAM af van methoden zoals de Root Cause Analysis?

Een FRAM pas je toe op het dagelijkse werk van zorgverleners. Tijdens de gesprekken komt variatie in de wijze van werken uitgebreid aan de orde. Het gesprek wordt niet gevoerd naar aanleiding van een incident, waarbij het voor betrokken zorgverleners vaak veel moeilijker is om het gesprek te voeren. Er is geen schuldvraag, er wordt niet gezocht naar oorzaken of naar fouten. Doel is om te begrijpen hoe het dagelijkse werk verloopt. Het biedt daardoor veel meer inzichten om te kunnen verbeteren.

Waar kun je een FRAM van maken?

Je kunt FRAM inzetten voor procesoptimalisatie en om zicht te krijgen op potentiële risico's. Bijvoorbeeld als je wilt weten hoe een patiëntreis van een kwetsbare patiëntgroep in de praktijk verloopt. Of als je een complex zorgtraject in beeld wilt krijgen. Of als uit indicatoren blijkt dat je anders scoort dan je had verwacht en het maar niet lukt om met de huidige methode verdere verbeteringen te realiseren. De methode kan ook ingezet worden bij incident- en calamiteitenanalyses. De FRAM wordt dan gemaakt op het proces, niet op het specifieke incident. Een FRAM kun je wel gebruiken om een incident te verklaren.

Hoe werkt FRAM?

Je maakt een FRAM-model van de belangrijkste activiteiten van een werkproces. Deze activiteiten worden in hexagonen weergegeven. Per hexagoon worden aspecten beschreven die van invloed zijn op de activiteit die centraal staat: input, output, tijd, controle, bron en voorwaarde. Het patroon van hexagonen vormt zich aan de hand van interviews met zorgverleners.

Kost het geen zeeën van tijd om zo'n FRAM te maken?

Ja het kost tijd, in het begin wat meer doordat je nog moet leren omgaan met de nieuwe methode. In de Deense ziekenhuizen hebben ze er inmiddels zoveel ervaring mee, dat de tijdsinvestering meevalt en dat het veel oplevert. Vooral de interviews met de zorgverleners en de terugkoppeling van de gemaakte FRAM vinden ze daar van grote waarde. De gesprekken brengen begrip én een hoger veiligheidsbewustzijn.

Kan ik morgen beginnen met een FRAM of zijn er voorbereidingen nodig?

Kennis van FRAM en de Safety II-principes is wel nodig, naast vaardigheden om een FRAM te kunnen maken. MediRisk organiseert in samenwerking met het Kwaliteitsinstituut Zuid-Denemarken tweedaagse trainingen. Daarnaast zijn gespreksvaardigheden nodig, zoals open en positieve vragen stellen en doorvragen. Bovenal moet je een 'open mind' hebben en oprecht geïnteresseerd zijn in hoe het er in de dagelijkse praktijk aan toe gaat.

v.l.n.r. Merel Hulsebosch, Anika Mulder, Marlous van Gool

Juridisch teamwork

Vanaf de claim tot en met de uitspraak van de rechter: de drie advocaten van MediRisk staan leden dagelijks bij met juridische raad en daad. Deze keer aan het woord: Merel Hulsebosch en Marlous van Gool.

Menselijke maat als maatstaf voor béide partijen

'Moeten we met deze claim naar de rechter of kunnen we de kwestie ook op een andere manier afhandelen?' Dat vragen de advocaten van MediRisk zich bij elke claim af. Merel Hulsebosch: "Procederen zien we als een uiterst middel: het verhardt de relatie en vergroot de kans op negativiteit. En daar is niemand bij gebaat."

Hulsebosch vervolgt: "In ons werk hanteren we de menselijke maat als maatstaf voor béide partijen, dus zowel voor de betrokken zorgverlener als voor de patiënt die een claim indient." Collega Marlous van Gool: "Ik zie het daarbij als een groot voordeel dat we in dienst zijn van MediRisk. We zitten op dezelfde afdeling als de schadebehandelaars. Zij kunnen dus makkelijk even bij ons aankloppen voor een snel antwoord op een vraag. Of kort sparren over de beste aanpak in een dossier. Dat kan een dossier zijn waarin de wederpartij dreigt met een procedure, maar dat hoeft niet."

Precedentwerking

"Als interne advocaten kunnen we een goede belangenafweging maken tussen de meerwaarde van een procedure en de kosten en tijd die gepaard gaan met een gang naar de rechter", vertelt Van Gool. "We laten een procedure alleen doorgaan of starten er een op als het echt de juiste weg is. Bijvoorbeeld als we het financiële of juridische belang ernaar is of als we er zonder rechter niet uitkomen. Soms kan het om een principieel punt gaan dat ook relevant kan zijn voor andere dossiers. Doel is dan om een precedentwerking te scheppen."

Zo procedeerden de advocaten van MediRisk onlangs over de hoogte van buitengerechtelijke kosten. Hulsebosch: "Dit zijn de kosten die een belangenbehartiger in rekening brengt voor zijn werkzaamheden en die de cliënt dan weer bij ons kan verhalen. Deze kosten lopen vaak de spuigaten uit, omdat er onredelijk veel uren of een buitensporig hoog uurtarief worden berekend. De rechtbank oordeelde dat de betreffende belangenbehartiger inderdaad teveel kosten bij ons in rekening had gebracht en dat we die niet hoefden te betalen. Hiermee hebben we ook voor andere zaken een mooie uitspraak in |handen over de redelijkheid van buitengerechtelijke kosten. Bovendien: het feit dat we laten zien dat we er niet voor terugdeinzen om de rechter in dit soort zaken te betrekken, zorgt er al voor dat belangenbehartigers de vordering van buitengerechtelijke kosten niet doorzetten. Dus eigenlijk drie vliegen in één klap."

Samen deskundige kiezen

Hulsebosch: "Als advocaat in loondienst hebben we tools in handen om procedures te voorkomen. Bijvoorbeeld rondom het inschakelen van deskundigen. De belangenbehartiger van de claimende patiënt kan bij de rechtbank een 'verzoekschrift deskundigenbericht' indienen. Dit is een verzoek aan de rechter om een deskundige te benoemen die beoordeelt of er medisch onzorgvuldig is gehandeld en tot welke gevolgen dit eventueel heeft geleid. Omdat claims in een vroeg stadium aan ons worden voorgelegd, kunnen we er vaak voor zorgen dat hier geen rechter aan te pas hoeft te komen."

"Een expertise buiten rechte heet dat", legt Van Gool uit. "Het betekent dat partijen in onderling overleg een deskundige benoemen en de vraag aan die deskundige samen formuleren. In dat geval hoeft er geen verweerschrift te worden opgesteld en dat scheelt kosten en tijd; met de zitting en de uitspraak is een periode van soms wel zes maanden gemoeid. Ongeveer tachtig procent van de verzoekschriften kunnen we zo alsnog buiten de rechter om regelen. Dat is veel minder belastend voor de patiënt én betrokken zorgverlener. Ook daar zie je de menselijke maat die wij nastreven dus duidelijk in terug."

Wie is aansprakelijk als er iets misgaat?

Netwerkaansprakelijkheid bij ketenzorg

Ketenzorg is zonder twijfel voor veel (chronisch) zieken een uitkomst. Maar wat als er ergens in de keten iets misgaat, wie is dan aansprakelijk? En waar kan de patiënt terecht? Rechtswetenschapper Charlotte Zegveld deed onderzoek naar netwerkaansprakelijkheid en adviseert ketenpartners om hier expliciet aandacht aan te besteden.

Welke meerwaarde heeft ketenzorg in uw ogen?

"Ik vind het een goede ontwikkeling voor patiënten. Zorgaanbieders bundelen hun krachten met één gezamenlijk doel: de kwaliteit van leven van patiënten verbeteren."

Wat kan er misgaan?

"Ketenzorg vergt goede samenwerking en voortdurende afstemming. Daarin kan wel eens wat scheef lopen. Een voorbeeld: een patiënte met diabetes wordt voor haar ziekte begeleid door allerlei zorgaanbieders, waaronder de huisarts, de diëtist, de internist en de oogarts. Op een gegeven moment blijkt haar suiker veel te laag te zijn, omdat het beweeg- en voedingspatroon niet goed op haar en op elkaar zijn afgestemd. Ook is ze niet opgeroepen voor de jaarlijkse oogcontrole en pas een dik jaar later blijkt dat haar zicht sterk achteruit is gegaan."

Bij wie kan de patiënt terecht voor genoegdoening?

"Dat is in deze gevallen lastig, want er is niet per se één zorgaanbieder tekortgeschoten. Volgens het civiele aansprakelijkheidsrecht moet een goed hulpverlener redelijk bekwaam zijn en redelijk handelen. Heb je het over een klein foutje, dan kan de zorgverlener wel aan deze norm hebben voldaan, maar kleine foutjes kunnen bij elkaar opgeteld grote gevolgen hebben voor de patiënt.
Het civiele recht gaat uit van twee partijen, maar bij ketenzorg heb je als patiënt met veel verschillende zorgaanbieders te maken. Patiënten hebben vaak het gevoel dat ze bij klachten van het kastje naar de muur worden gestuurd."

Hoe zit het met aansprakelijkheid binnen de geboorteketen?

Charlotte Zegveld

"Het huidige recht wijst niet heel duidelijk een aansprakelijke partij aan. We kennen wel centrale aansprakelijkheid binnen een instelling. Daarmee kun je het ziekenhuis aanspreken als er binnen de muren van het ziekenhuis iets is misgegaan. Maar in het geval van ketenzorg is aansprakelijkheid niet eenduidig geregeld. Ook zijn de normen voor afstemming en samenwerking op dit moment nog niet helder. Geldt bijvoorbeeld de afstemmingsplicht die de zorgaanbieder binnen de instelling heeft formeel ook tussen instellingen? Ik vind dat de wetgever daar duidelijker over moet zijn, nu er steeds meer ketenzorg wordt verleend."

Hoe kun je aansprakelijkheid binnen ketenzorg het beste regelen?

"Ik pleit voor netwerkaansprakelijkheid. Dat betekent niet dat je als patiënt het netwerk aansprakelijk kunt stellen, want een netwerk is geen rechtspersoon zoals een BV, NV of vereniging. Dat moet je volgens mij ook niet willen, want voor de beste zorg is het belangrijk dat zorgverleners autonoom blijven. Hoe dan wel? In het geval van het diabetesnetwerk zou de zorggroep de centrale, aansprakelijke partij kunnen zijn.

Wat is je advies aan ketenpartners?

"Niemand wil graag aansprakelijk zijn, maar vanuit het perspectief van de patiënt zeg ik: investeer niet alleen tijd en energie in de best mogelijke zorg voor elke patiënt, maar inventariseer waar de risico's in de keten zitten, spreek met elkaar af waar de patiënt terecht kan als er iets misgaat en kijk hoe je de aansprakelijkheid kunt verzekeren. Daarmee creëer je niet alleen duidelijkheid voor de patiënt, maar ook veiligheid voor zorgaanbieders die deelnemen aan het netwerk."

Bekijk het proefschrift 'Netwerkaansprakelijkheid voor gebrekkige samenhangende zorg' van Charlotte Zegveld op het Research Portal van de Universiteit van Tilburg.

Nieuwe netwerkverzekering om zorgverleners te ontzorgen

"MediRisk herkent de problematiek die rechtswetenschapper Charlotte Zegveld beschrijft", zegt Theunis Schaafstra, manager ledenadvies. "Wij zijn het met haar eens dat een aanpassing van de wet past bij de huidige ontwikkelingen. Sterker nog, wij willen als gespecialiseerde medische aansprakelijkheidsverzekeraar nu al inspelen op de veranderingen. Samen met onze leden ontwikkelen we een netwerkproduct voor de geboortezorg. Met deze nieuwe netwerkverzekering voor aansprakelijkheid willen we de zorgprofessionals in het netwerk graag ontzorgen bij het verlenen en vernieuwen van geboortezorg, waarbij er in de verzekeringsdekking niets tussen de wal en het schip valt, er één aanspreekpunt is bij incidenten en we samen werken aan veilige zorg in het gehele netwerk."

"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, vaak binnen handbereik, waarin de patiënt centraal staat. We lichten er een paar uit.

Handpalmscanner identificeert patiënt feilloos

Nooit meer per ongeluk de verkeerde meneer Jansen op de bestralingstafel: de handpalmscanner die Radiotherapiegroep Arnhem samen met fabrikant Cablon Medical ontwikkelde, identificeert patiënten vlot en feilloos.

"Elke patiënt is anders, en dus ook elke radiotherapiebehandeling", zegt Kasper Pasma, klinisch fysicus bij Radiotherapiegroep Arnhem. "Het is dan ook cruciaal dat patiënten correct geïdentificeerd worden zodat ze de juiste behandeling krijgen. Identificatie gebeurt in de praktijk vaak handmatig, bijvoorbeeld met een geboortedatumcheck of een foto. Die methode is echter niet honderd procent betrouwbaar. Eens in de zoveel jaar gaat het een keertje mis en ligt de verkeerde patiënt op tafel."

Uniek bloedvatpatroon

Om het risico op persoonsverwisseling te elimineren, ontwikkelde Radiotherapiegroep Arnhem samen met Cablon Medical, fabrikant van medische technologie, de Patiënt Identificatie Module (PIM). PIM scant het unieke bloedvatpatroon in de handpalm van de patiënt. De machine is net zolang geblokkeerd totdat de scan van de hand overeenkomt met de gegevens van de patiënt wiens bestralingsplan klaarstaat.
"Deze methode is snel, volledig geïntegreerd in onze apparatuur en werkt nauwkeuriger dan bijvoorbeeld een iris- of vingerscan", weet Pasma. "Een vingerafdruk kan onder invloed van chemo namelijk verdwijnen. Een irisscan is lastig voor bedlegerige patiënten omdat je er recht vóór moet staan. De handpalmscanner is draagbaar zodat de patiënt kan blijven liggen."

Privacy gewaarborgd

Radiotherapiegroep Arnhem gebruikt de scanner nu ruim een jaar naar volle tevredenheid.
Inmiddels is de wachtruimte van het bestralingsinstituut voorzien van een aanmeldzuil waar de patiënt bij binnenkomst zijn hand laat scannen. De patiënt ziet meteen op welk toestel hij wordt verwacht en hoe lang de wachttijd bedraagt. Medewerkers zien in het systeem dat de patiënt binnen is. Uiteraard is de privacy van patiënten gewaarborgd, aldus Pasma: "De scan wordt gecodeerd bewaard in een database en de aanmeldgegevens worden na afloop van de behandeling gewist."

Slimme bril brengt het ziekenhuis naar de patiënt

Vanuit het ziekenhuis patiënten thuis volgen: dat kan met de smart glass; een draagbare computer in de vorm van een bril. Een verpleegkundige of specialist kijkt via de digitale bril mee met bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige die de patiënt thuis bezoekt.

Streekziekenhuis Koningin Beatrix (SKB) zette de smart glass in 2014 voor het eerst in om medewerkers van thuiszorgorganisatie Careaz te ondersteunen bij wondzorg. Wondzorgcoördinator Wendy Roelofsen van het SKB moest aanvankelijk een beetje lachen toen ze de digitale bril voor het eerst zag. "Maar al snel zag ik de meerwaarde ervan", zegt ze. "Als de verpleegkundige van Careaz de bril opzet, kan ik van achter mijn computer in het ziekenhuis met haar meekijken. Via de live verbinding kunnen we met elkaar en met de patiënt en eventueel aanwezige familie overleggen, net als bij een consult in het ziekenhuis."

Heel dichtbij

Roelofsen ziet op deze manier zo'n tien tot twaalf patiënten per week. "Patiënten geven aan dat ze het prettig vinden dat ze thuis kunnen blijven", zegt ze. "Tegelijkertijd voelt het ziekenhuis voor hen heel dichtbij. Met name voor mensen die minder mobiel zijn, een klein sociaal netwerk hebben of in een verzorgingshuis wonen, is de smart glass een uitkomst. Voor deze categorie patiënten is een bezoek aan het ziekenhuis een grote belasting."

Meer mogelijkheden

"De smart glass is een prachtige innovatie die veel mogelijkheden biedt", zegt projectleider Polle Driesprong van het SKB. "Inmiddels werken we met nog twee thuiszorgorganisaties op deze manier samen. Daardoor kunnen we nog meer mensen thuis behandelen, wat bijdraagt aan effectieve en betaalbare zorg." Driesprong ziet nog veel meer mogelijkheden voor de smart glass: "Denk bijvoorbeeld aan kraam-, stoma-, of palliatieve zorg", zegt hij. "Of aan ambulancemedewerkers die via de bril contact opnemen met de Spoedeisende Hulp."

Knippende

Kapster Claire van Ommeren ondervond aan den lijve dat het overslaan van één check vervelende gevolgen kan hebben. Ze werd aan het verkeerde deel van haar rechterhand geopereerd. Een reconstructie.

kapster **met knapjes**

Claire is een gepassioneerd kapster. Ze knipt niet alleen in de salon en bij klanten thuis, maar doet ook vaak mee aan kapperswedstrijden. De laatste maanden heeft ze erg veel geknipt. Ze merkt dat ze last van haar handen krijgt. Vooral de duim van haar rechterhand doet pijn, precies de hand waar ze haar schaar mee vasthoudt. Daarnaast ervaart ze de laatste tijd schokjes bij het strekken van haar duim en voelt ze daarbij knapjes.

Triggerduim

Omdat de klachten haar erg belemmeren in haar werk, gaat Claire naar de huisarts. Die vermoedt dat er sprake is van een triggerduim. De huisarts raadt haar aan om rust te nemen, schrijft ontstekingsremmende pijnstillers voor en verwijst haar gelijk door naar de plastisch chirurg. De plastisch chirurg concludeert dat er inderdaad sprake is van een triggerduim en adviseert een kleine operatie.

Claire is in het verleden geopereerd aan haar rechterpols in verband met Carpaal Tunnel Syndroom, afgekort CTS. De plastisch chirurg noteert deze informatie in het dossier. De vorige operatie is voorspoedig verlopen daarom gaat ze akkoord met de voorgestelde operatie aan haar rechterduim.

Druk

Twee weken later kan Claire voor de ingreep al terecht op de poliklinische operatiekamer. Bij aankomst is het erg druk en krijgt Claire te horen dat het operatieschema wat uitloopt. Ineens, eerder dan ze had verwacht, wordt Claire opgeroepen. Een verpleegkundige controleert haar naam en geboortedatum en ze kan plaatsnemen in een soort ligstoel, waarbij haar rechterarm in een aparte steun wordt geplaatst.

Voor de start van het poliklinische programma krijgt de operateur van de polikliniekassistenten altijd een lijst met alle patiënten, met daarachter de te verrichten ingreep. Achter de naam 'Claire van Ommeren' staat 'CTS rechts'.

Normaal gesproken kijkt de arts vóór de operatie voor de zekerheid in het dossier, maar deze dag laat ze het bij de operatielijst. Terwijl ze met Claire in gesprek is, zegt ze tegen de andere aanwezigen in de OK welke ingreep ze gaat verrichten en aan welke zijde: "CTS, rechterzijde".

Verkeerde operatie

De operatie is snel voorbij en de hand wordt verbonden. Een aantal dagen na de operatie gaat het verband eraf. Dan ontdekken Claire en de verpleegkundige dat een verkeerde operatie is uitgevoerd: een CTS-ingreep, in plaats van een operatie om de triggerduim te verhelpen.

Er volgt direct een gesprek met de arts. De arts biedt haar excuses aan en legt Claire uit wat er is misgegaan. Dat ze normaal altijd het dossier leest en dat ze nu heeft vertrouwd op de operatielijst. En dat er een melding van een calamiteit wordt gedaan. Ook informeert de arts Claire over de mogelijkheid om een claim in te dienen voor de geleden schade. Claire is blij dat er snel een gesprek met de arts volgde en voelt zich door de oprechte excuses serieus genomen. Wel baalt ze dat er een onnodige operatie is uitgevoerd en dat ze nu nog een keer geopereerd moet worden. Ze besluit dan ook om een claim in te dienen.

Enkele weken later vindt er opnieuw een gesprek plaats met de arts en de klachtenfunctionaris. Daarin worden de uitkomsten van de calamiteitenanalyse en de genomen verbetermaatregelen besproken. Voortaan vindt op de poliklinische operatiekamers, net als op de klinische operatiekamers, een time-out plaats in aanwezigheid van de patiënt. Daarnaast markeert de assisterende vóór de operatie het te opereren lichaamsdeel met een pijl, zo dicht mogelijk bij de te opereren plaats.

De klachtenfunctionaris gaat tijdens het gesprek ook in op de claimafhandeling en geeft aan dat ze, in samenspraak met MediRisk, meent dat de claim snel kan worden afgehandeld. Dit betekent dat het ziekenhuis haar een afwikkelingsvoorstel gaat doen zonder dat de claim inhoudelijk beoordeeld wordt door een medisch adviseur. Het is immers inmiddels helder dat het is mis gegaan. Dat scheelt tijd en maakt het voor Claire waarschijnlijk makkelijker om de kwestie achter zich te kunnen laten. Het ziekenhuis regelt in dit soort gevallen achteraf de verrekening met MediRisk. De klachtenfunctionaris maakt met Claire een afspraak om het afwikkelingsvoorstel verder te bespreken.

Vertrouwen

Claire vindt het fijn om te zien dat het ziekenhuis heeft geleerd van wat er is gebeurd en dat er verbetermaatregelen zijn ingevoerd. Ook de snelle afhandeling van de claim, zonder ingewikkelde medisch adviesprocedures, heeft ze als prettig ervaren. Haar vertrouwen in arts en ziekenhuis heeft geen blijvende schade opgelopen: Claire laat zich door dezelfde arts alsnog naar tevredenheid opereren aan haar triggerduim.

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.

Beter meebeslissen **met PATIENT+**

Het gaat goed met PATIENT+, de online keuzehulp voor patiënten. Voor 53 diagnoses zijn er inmiddels keuzehulpen, dertig zijn in ontwikkeling.

"Bij de keuze voor een nieuwe auto ga je niet over één nacht ijs", zegt Michiel Hageman, voormalig aios orthopedie en medeoprichter van PATIENT+. "Maar als het gaat om wel of geen knieoperatie, dan moeten patiënten hier tijdens het diagnosegesprek al over beslissen. Terwijl ze vaak zo overrompeld zijn dat ze niet goed meekrijgen wat de voor- en nadelen van bepaalde behandelingen zijn. PATIENT+ helpt patiënten om een weloverwogen keuze te maken."

Hester Zegers

Michiel Hageman

Laatste woord

Zestien ziekenhuizen hebben zich inmiddels aangesloten bij PATIENT+. Hester Zegers, longarts bij Bernhoven, werkt al geruime tijd met de keuzehulp voor patiënten met longkanker in een minder gevorderd stadium. "Deze patiënten hebben twee opties: bestralen of opereren", vertelt ze. "Beide behandelingen hebben hun voors en tegens, maar per saldo is er weinig verschil onderaan de streep. Als het kan en het is medisch gezien verantwoord, dan heeft de patiënt het laatste woord. PATIENT+ is een goed instrument om de voorkeur van de patiënt zwaar te laten wegen."

Zelf meebeslissen

Om PATIENT+ te introduceren bij patiënten, hen te stimuleren de keuzehulp in te vullen en om de resultaten samen te bespreken, is extra tijd nodig. "We vinden het belangrijk om de patiënt zoveel mogelijk te betrekken bij zijn behandeling", zegt Zegers. "Dat kost in het begin meer tijd. Maar als de patiënt zelf meebeslist, dan levert dat altijd winst op, bijvoorbeeld in tevredenheid over de behandeling."

"We onderzoeken hoe we de doelmatigheid nog meer kunnen bevorderen met behulp van PATIENT+", zegt Hageman. "We willen bijvoorbeeld weten wat de invloeden zijn van de keuzehulpen op therapietrouw, fysieke functie, kwaliteit van leven en kosteneffectiviteit op de kortere en langere termijn. Met behulp van de onderzoeksresultaten willen we met de ziekenhuizen en patiënten de keuzehulpen verder verbeteren."

Hoe **doen ze het toch?**

Ben je als patiënt beter af bij die ene kliniek in Londen? Of kies je toch voor je eigen, lokale ziekenhuis? Reumatologen van Medisch Spectrum Twente ontwikkelden een methode waarmee je zorgresultaten van instellingen wereldwijd met elkaar kunt vergelijken. Het team ontving hiervoor de VBHC Collaboration Award.

"Als we het hebben over de kwaliteit van de gezondheidszorg, dan hebben we het er vooral over of artsen en verpleegkundigen hun werk wel goed doen", zegt reumatoloog Mart van de Laar van Medisch Spectrum Twente. "Maar wat heeft de patient aan die zorg gehad? Is die er wel beter van geworden? Er bestaan ontzettend veel verschillende meetinstrumenten om de mening van patiënten in kaart te brengen. Alleen was het voorheen niet mogelijk om de uitkomsten van al die verschil-

lende vragenlijsten met elkaar te vergelijken. Dankzij onze methode, die op de hele geneeskunde wereldwijd toepasbaar is, kan dat nu wel."

Door analyse van grote hoeveelheden data kan gemeten worden welke instelling de beste resultaten boekt. Bijvoorbeeld op het gebied van pijnvermindering of moeheidsbestrijding. "Voor de patiënt is het van belang om te weten in hoeverre er mensen zijn die in dezelfde situatie zitten met dezelfde ziekte en die dezelfde dingen belangrijk vinden", zegt Van de Laar. "Zo kan hij, samen met de arts, beter beslissen waar hij het beste af is."

"Gezondheidsinstellingen kunnen zien wat patiënten aan hun zorg hebben, en hoe die instelling in Nieuw-Zeeland, die veel beter presteert, het doet", aldus Van de Laar. "Ze leren van elkaar en werken zo samen aan de verbetering van de gezondheidszorg."

Links dr. Martijn Oude Voshaar van de Universiteit Twente, rechts prof.dr. Mart van de Laar.

Fotograaf: Wouter van der Wolk

Award voor **Geboortezorg Westfriesgasthuis**

Het Centrum voor geboortezorg van het Westfriesgasthuis heeft een award gekregen voor zijn trainingen waarbij communicatie en samenwerking tussen het geboorteteam van het ziekenhuis, eerstelijns verloskundigen, ambulancemedewerkers en kraamverzorgenden centraal staan.

De award werd toegekend door het Platform Zorgen voor Teamwork, dat als doel heeft teamwork in de zorg te bevorderen om zo de patiëntveiligheid te vergroten. Tessa Bonnema, gespecialiseerd verloskundige en medisch trainer bij het Westfriesgasthuis, is supertrots: "Onze trainingen zijn zo uniek omdat we zowel medewerkers trainen die in dienst zijn van het ziekenhuis, als zorgverleners die hun praktijk buiten het ziekenhuis hebben. We trainen met name de overdrachtsmomenten, omdat die de grootste risico's met zich meebrengen."

Lagere drempels

Een oefencasus begint meestal in de thuissituatie – het skills lab heeft dan ook een echte huiskamer- en eindigt in het ziekenhuis. De deelnemers werken met een levensechte pop die kan praten en een kind baren. "Zo'n training is best heftig", zegt Bonnema. "Alles wordt gefilmd en naderhand besproken. In een veilige omgeving met ervaren medische- en communicatietrainers word je geconfronteerd met je eigen leerpunten. Doordat we met de zorgverleners uit de gehele keten trainen, krijgen we een eenheid van taal in acute situaties en leren we elkaars krachten optimaal benutten. We doen deze training regelmatig en zien echt verbetering. Drempels worden lager, lijntjes korter; mensen leren elkaar beter kennen en weten elkaar daardoor sneller te vinden."

Tessa Bonnema

Fotograaf: Dewi Koomen

Wat doet zo'n Commissie allemaal?

De Geschillencommissie Ziekenhuizen behandelt klachten van patiënten tegen ziekenhuizen die aangesloten zijn bij de NFU of de NVZ. Vorig jaar wees de commissie in vijf van de 110 zaken een schadevergoeding toe. De maximale vergoeding was € 2.500. Wat doet deze commissie en hoe gaat ze te werk? Jacqueline Berkelaar, manager Juridische Zaken bij de Geschillencommissie Zorg, geeft antwoord.

Hoe zorgt de Geschillencommissie ervoor dat zij de expertise in huis heeft voor een juiste beoordeling?

"De Geschillencommissie Ziekenhuizen, een van de 16 commissies binnen de Geschillencommissie Zorg, bestaat uit drie leden. De Geschillencommissie Zorg levert de voorzitter. Dat is een onafhankelijke rechter met kennis van het Gezondheidsrecht. Het tweede lid dragen de Patiëntenfederatie Nederland en het Landelijk Steunpunt (mede)zeggenschap gezamenlijk voor. Het derde lid wordt geleverd door ofwel de NFU ofwel de NVZ. Verder benoemen we een commissielid met de juiste expertise voor het type klacht. Vraagt het geschil bijzondere expertise, dan kan de commissie een deskundigenonderzoek gelasten door een externe deskundige die de commissie adviseert."

"Een keer in de vijf jaar worden wij geëvalueerd door het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC). Het WODC gaf tijdens het laatste bezoek aan tevreden te zijn over het niveau van medisch specialistische kennis van de Geschillencommissie. Dat is voor ons extra bewijs dat we het goed doen, en dat onze kwaliteit en expertise zijn gewaarborgd."

Bij een klacht aan de Geschillencommissie betaalt het ziekenhuis de behandelkosten. Waarom?

"Omdat het vanuit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) voor patiënten een laagdrempelige procedure moet zijn. Daarom betaalt het ziekenhuis de behandelingskosten: standaard is dat € 2.300 excl. BTW. Dat zijn de kosten die de commissie maakt voor de gehele procedure. De patiënt betaalt eenmalig klachtengeld. Dit is een bedrag tussen € 52,50 en € 127,50, afhankelijk van de hoogte van het bedrag dat geclaimd wordt. Als de klacht (deels) gegrond wordt verklaard, dan betaalt het ziekenhuis het klachtengeld terug aan de patiënt. Als de klacht niet-ontvankelijk is, dan kan de commissie deze niet inhoudelijk behandelen. Het ziekenhuis betaalt dan alleen € 250,- excl. BTW. Het klachtengeld blijft in dat geval voor rekening van de patiënt."

Waarom moeten zorgverlener en patiënt, als ze bijvoorbeeld allebei uit Dordrecht komen, verschijnen voor de Geschillencommissie in Amsterdam?

"We proberen een zitting altijd zo dicht mogelijk bij de woonplaats van de patiënt en de vestigingsplaats van het ziekenhuis in te plannen. Met 12 regionale zittingslocaties door het hele land is dat ook vaak mogelijk. Soms moeten we naar een verder gelegen locatie uitwijken omdat de commissie daar de eerstvolgende zitting heeft. Dit gebeurt altijd in overleg met de patiënt. Wil de patiënt per se naar een zittingslocatie bij hem in de buurt, dan doen we dat. Met de kanttekening dat het langer kan duren voordat de klacht behandeld wordt. Meestal hebben patiënten er geen bezwaar tegen om wat verder

te reizen. Zij willen hun klacht snel afgehandeld zien, en wij ook. Vanuit de Wkkgz zijn wij bovendien verplicht om een geschil binnen zes maanden af te handelen. Bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen blijven we met vier maanden ruim binnen die gestelde termijn."

Is het aantal klachten na de invoering van de Wkkgz toegenomen?

"Er is zeker sprake van een stijging. In 2016 ontvingen we 47 klachten. We troffen drie schikkingen en deden 19 uitspraken. In ons jaarverslag van 2017 wijst de teller 110 klachten aan, waarvan 12 schikkingen en 53 uitspraken. De invoering van de Wkkgz zal aan deze stijging hebben bijgedragen. Maar er spelen ook andere factoren mee. Sinds 1 januari 2017 zijn namelijk ook alle academische ziekenhuizen aangesloten bij de commissie. Ook is onze informatieverstrekking beter geworden, door de laagdrempelige site www.degeschillencommissiezorg.nl en ons klachtenloket Zorg. Als we regelmatig vragen krijgen over dezelfde onderwerpen, dan passen we die – waar mogelijk – aan in ons proces en op onze website."

Een van die veelgestelde vragen luidt: Tot wanneer mogen er nog stukken worden ingediend?

"Voor het aanleveren van stukken hebben wij onlangs onze procedure verduidelijkt. Mensen mogen een week vóór de zitting nog stukken indienen. Levert men ná die termijn stukken aan, dan beoordeelt de commissie of ze nog worden meegenomen."

De patiënt heeft niet op de juiste manier geklaagd. Kan het ziekenhuis een beroep doen op niet ontvankelijkheid?

"De patiënt moet officieel een klacht indienen bij het ziekenhuis voordat hij zich tot de Geschillencommissie wendt. Wij checken bij de patiënt of hij dat heeft gedaan, maar wij kunnen onmogelijk nagaan of hij de juiste procedure heeft gevolgd. Puur omdat elk ziekenhuis zijn eigen klachtenregeling heeft. Soms is een patiënt in de veronderstelling dat hij de juiste route heeft gevolgd, terwijl dat volgens het ziekenhuis niet zo is. Wij proberen altijd om partijen ertoe te bewegen er zelf uit te komen zonder tussenkomst van de commissie. Dat klinkt misschien raar. Wij zijn er echter niet om geschillen te genereren, maar om ze op te lossen."

Jacqueline Berkelaar

Tjibbe Joustra, voorzitter Onderzoeksraad voor Veiligheid:

"Heel vaak is het toch vrij simpel"

Hoe maken we de zorg nog veiliger? Wat valt er te leren van andere sectoren? Veel, zegt Tjibbe Joustra, voorzitter van de Onderzoeksraad voor Veiligheid. Vooral van de luchtvaart, op meerdere vlakken. "In die sector is het niet: 'Barbertje moet hangen, wie heeft het gedaan?' De focus ligt op analyseren en voorkomen dat het nog een keer gebeurt."

Wat valt u op aan de veiligheidsontwikkelingen in de zorg?

"Ik volg de zorg nu een jaar of acht en constateer dat veiligheid belangrijker is geworden. Eerst hield een kleine groep mensen zich met patiëntveiligheid bezig, nu is het een speerpunt in alle geledingen van de zorg. Dat is een ontwikkeling die ik natuurlijk van harte toejuich. Verder vind ik het positief dat de zorg veel naar buiten kijkt, naar andere sectoren, om daar van te leren."

Wat valt er op het gebied van veiligheid te leren van andere sectoren?

"De luchtvaart hanteert een veiligheidssysteem waarin melden centraal staat. Melden is daar de normaalste zaak van de wereld: als er iets fout gaat of bijna fout ging, dan meld je dat en dan wordt onderzocht wat er precies is gebeurd, om te voorkomen dat het nog eens gebeurt. Cruciaal is dat melden in principe niet leidt tot verwijten. Het is dus niet 'Barbertje moet hangen, wie heeft het gedaan?'. Het gaat om het leereffect: leren in plaats van schuld en boete. In de zorg begint die visie ook steeds meer door te dringen, maar er zijn nog wel wat verschillen.

Betekenisvol is bijvoorbeeld dat de luchtvaart sinds de jaren vijftig geen tuchtrecht meer kent. In mijn visie staat bestraffen namelijk haaks op veilig kunnen melden. Ook de strafrechter bemoeit zich niet met de luchtvaart, behalve als er in uitzonderlijke gevallen sprake is van moord en doodslag. Tuurlijk hapert er wel eens wat in het systeem, maar voor andere sectoren kan de luchtvaart op dit gebied wel een voorbeeld zijn."

Wat vindt u van Safety II, een nieuwe visie op patiëntveiligheid?

"Gelukkig gaat het heel vaak goed in de zorg en ook daar kun je van leren, dus het lijkt me een nuttige bril om doorheen te kijken. Vooral de focus op de menselijke maat spreekt me aan. Daarom vind ik crew resource management, ook afkomstig uit de luchtvaart, ook zo'n belangrijk instrument in het streven naar meer veiligheid.

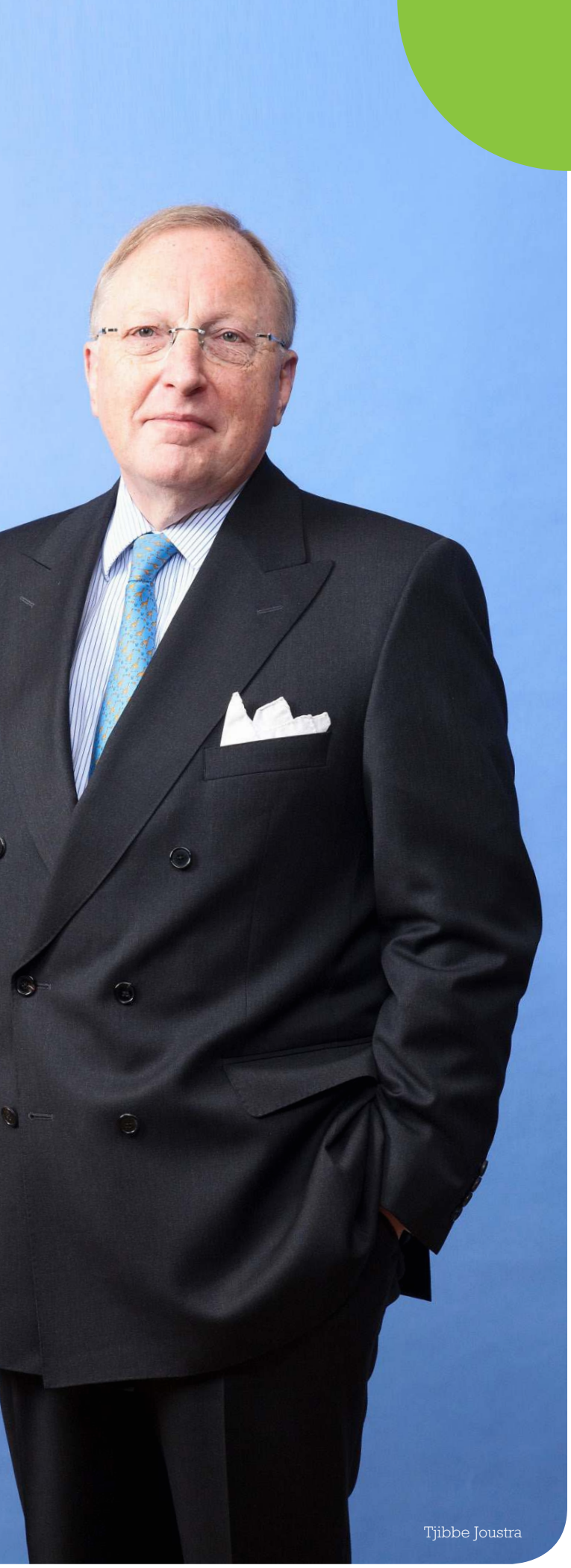
Het vliegtuigongeluk op Tenerife, één van de grootste vliegrampen in de geschiedenis, stond aan de basis van CRM. Uitgangspunt is dat je je in alle lagen en rangen moet kunnen uitspreken. Concreet: de gezagvoerder moet ook aandacht hebben voor de mening van een copiloot. Net zo goed moet de operateur waarde hechten aan opmerkingen van verpleegkundigen of OK-medewerkers. Crew resource management wordt steeds meer omarmd in de zorg en dat lijkt mij een ontwikkeling die alleen maar winnaars kent."

Welke factoren in de zorg ziet u als risicovol voor de veiligheid?

"Net als in de chemische industrie is er in de zorg dagelijks sprake van ploegwisselingen. Een goede overdracht is essentieel. Die moet geordend en gedisciplineerd verlopen en dat is in alle hectiek een flinke uitdaging. Een complicerende factor daar bovenop is de schaalvergroting in de zorg, waardoor een goede overdracht nóg belangrijker is geworden. Inmiddels zijn daar in diverse sectoren goede tools voor ontwikkeld, maar in de kern komt het neer op een ijzeren discipline om de afspraken die je samen hebt gemaakt ook na te leven."

Zijn veiligheidsinzichten uit andere sectoren wel 1 op 1 over te nemen? Is de zorg niet veel complexer?

"Dat wordt vaak gezegd ja, vooral door zorgprofessionals. Natuurlijk zijn er allerlei factoren die de zorg ingewikkeld maken, maar dat geldt in de luchtvaart ook. Ook daar



Tjibbe Joustra

"Leren en verbeteren, in plaats van schuld en boete"

heb je te maken met factoren die je niet kunt controleren, zoals turbulentie en wisselende weersomstandigheden, en met allerlei internationale en lokale afspraken, waaronder milieu- en geluidsnormen.

Uiteraard zijn er grote verschillen tussen beide sectoren, maar in mijn ogen moet je complexiteit niet te snel als argument bezigen. Heel vaak is het toch vrij simpel. Zo gaf onderzoek naar een brand op de OK incentives om het onderhoud van de apparatuur te verbeteren. Dat heeft niks met complexiteit te maken, maar ook hier weer met de discipline om afspraken na te leven."

Welke onderzoeken lopen er momenteel naar de veiligheid in de zorg?

"Op dit moment doen we als Onderzoeksraad voor Veiligheid onderzoek naar de veiligheid van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening en hun omgeving. We willen inzicht krijgen in de afwegingen en dilemma's waar zorgverleners bij deze groep kwetsbare patiënten mee te maken hebben. En we doen onderzoek naar de digitale veiligheid van ziekenhuizen, naar aanleiding van een aantal incidenten. Daarbij staat de vraag centraal hoe ziekenhuizen en hun ketenpartners verstoring, uitval en misbruik van ICT proberen te voorkomen en hoe zij de schade daarvan proberen te beperken."

De menselijke maat is het thema van deze Alert, wat roept dat bij u op?

"Ik las in de krant dat het LUMC en de Hotelschool in Den Haag samen een onderzoek zijn gestart naar gastvrijheid in relatie tot ziekenhuiszorg. Op initiatief van een oncologisch chirurg, die het belang ziet van contact van mens tot mens bij het centraal stellen van de patiënt. Ook op dat gebied wil de zorg dus graag leren van andere sectoren."

Bron: Onderzoeksraad

Hoe zit dat eigenlijk?

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

Zijn er door de Wet AVG veranderingen voor claimende patiënten?

In het kader van de nieuwe privacywet moet ook MediRisk helder communiceren over het beleid rondom privacygevoelige informatie. MediRisk heeft om die reden een aantal processen aangepast.
Essentieel is dat we vastleggen dat de patiënt expliciet toestemming heeft gegeven voor het gebruik van zijn bijzondere gegevens voor de beoordeling en afhandeling van het schadeverzoek. Belangrijk hierbij is dat de patiënt begrijpt dat zijn of haar informatie soms gedeeld moet worden met een derde partij om de claim goed te kunnen beoordelen.

Bewaartermijn
Na sluiting van een dossier gaat de bewaartermijn in. Na afloop van deze bewaartermijn wissen we alle persoonsgegevens in ons systeem en anonimiseren we alle documenten. De geanonimiseerde gegevens blijven beschikbaar voor analyses en onderzoek.

Wat te doen als u een bericht van MediRisk ontvangt over een Vangnet-gerelateerde claim?

MediRisk monitort de claimontwikkeling. U kunt de ontwikkelingen terugzien op het (vernieuwde) claimdashboard, dat wekelijks wordt ge-update. Extra aandacht is er voor claims gerelateerd aan de vangnetten voor OK, SEH en Geboortezorg.
Zodra bij MediRisk een claim binnenkomt waarbij mogelijk een vangnet niet goed heeft gefunctioneerd, sturen wij een bericht naar de Raad van Bestuur. Daarin verzoeken wij de Raad van Bestuur om na te gaan of de vangnetten zijn ingesteld en goed functioneren. Geboortezorg-gerelateerde claims geven wij door omdat dit type claims vaak een grote impact heeft op de betrokkenen en een hoger financieel risico kent. MediRisk verwacht in beginsel geen reactie op het mailbericht met de signalering, maar kan wel adviseren over eventuele preventiemaatregelen.

Hoe zit het met informed consent bij een taalbarrière?

Welke verantwoordelijkheden heb ik, in het kader van informed consent, als ik als arts te maken heb met een patiënt die de Nederlandse taal niet machtig is? En hoe zit het met mijn aansprakelijkheid als de patiënt niet goed heeft begrepen wat ik heb uitgelegd?
Voordat een patiënt toestemming kan geven voor een behandeling, moet een zorgverlener niet alleen begrijpelijke en volledige informatie geven, maar ook vaststellen of de patiënt die informatie heeft begrepen.
Bij een taalbarrière is het aan te bevelen om uw patiënt te adviseren om een begeleider mee te nemen die de Nederlandse taal wél machtig is. Voor veelvoorkomende ingrepen zijn informatiebrochures in andere talen beschikbaar, die u aan de patiënt kunt verstrekken.
Als arts kunt u aansprakelijk worden gesteld als u zich er onvoldoende van heeft vergewist of uw patiënt(e) de informatie heeft begrepen. Het verdient daarom aanbeveling om in het medisch dossier te noteren waarover en hoe u de patiënt hebt geïnformeerd, zeker als er sprake is van een taalbarrière.

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

MediRisk