Magazine voor leden
van MediRisk

Zomer 2016 | 12e jaargang

Alert

De risico's van het vak

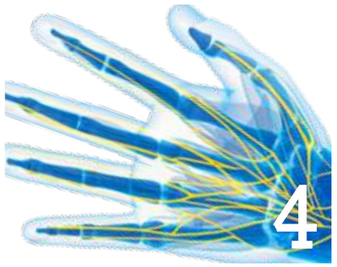
Beheers baarheid van risico's

Masterclass "preventie van tuchtklachten en claims in de geboorte-keten" 1 september 2016

Afslanking Vangnetten OK door daling patiëntschade

Implementatie **Wkkgz leidt tot kwalitatieve innovatie** op de werkvloer

MediRisk
samen alert op veiligheid



Scherf en schade gemist
Jaarlijks dienen patiënten circa honderd claims in als gevolg van een behandeling op de Spoedeisende Hulp. Driekwart van deze claims gaat over het missen, het verkeerd óf te laat stellen van een diagnose. Ook bij Janine. Een reconstructie.

Transmurale geboortezorg
Iedere schakel in de geboorteketen is even belangrijk om het gezamenlijke doel te bereiken: de beste zorg voor zwangere, barende, moeder en pasgeborene. MediRisk en VvAA slaan de handen ineen en geven de beroepsgroep inzicht in, en grip op risico's in de totale geboorteketen.

Nieuwe producten om veiligheidsrisico's beter te kunnen managen
Een digitaal 'dashboard', MediRisk Signaal, infographics, korte instructiefilmpjes.. Het zijn nieuwe producten waarvan een groot deel nog op de tekentafel ligt maar die aansluiten op de toenemende behoefte van onze leden aan ziekenhuis-specifieke claim- en risico-informatie.

Wkkgz: implementatie krijgt steeds meer vorm
De ruimte die de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) biedt voor eigen interpretatie en invulling roept veel vragen op, zo bleek tijdens de kennisbijeenkomst Wkkgz in maart. We zijn inmiddels een aantal maanden verder, hebben steeds meer antwoorden en het programma van eisen voor de nieuwe geschilleninstantie is rond.

Inhoud

3 Voorwoord
Claimdata als houvast

4 Claimreconstructie
Scherf en schade gemist

6 Medisch risicomanagement
Geboortezorg: focussen op wat goed gaat

8 Onderzoek
Maak burn-out onder artsen bespreekbaar

9 Innovatie
"Zo doen wij het"

12 Medisch risicomanagement
Behoefte aan ziekenhuis-specifieke claim- en risico-informatie

14 Medisch risicomanagement
Afgeslankte Vangnetten OK

16 Column
Rol hulpverlener bij claimbehandeling

17 Klacht- en claimbehandeling
Implementatie Wkkgz krijgt steeds meer vorm

20 MediRisk
Jubileumcongres "Beter worden" 26 januari 2017

"Het is de moeite beslist waard om te zoeken naar patronen die een betere risico-inschatting mogelijk maken."

Claimdatabase als houvast voor medisch risicomanagement

Ruim tien jaar geleden kwam patiëntveiligheid nadrukkelijker op de agenda's van zorginstellingen te staan. Toen al probeerden we een systematische oorzaken-analyse op de verzamelde claims uit te voeren. De resultaten waren bemoedigend, maar het ontbrak nog aan veel informatie. Dat is nu anders. Ziekenhuizen hebben veiligheidsmanagementsystemen geïmplementeerd. Ze voeren regelmatig zelf interne audits uit. En ze analyseren incidenten uit het incident meldsysteem.

De claimdatabase van MediRisk kan het medisch risicomanagement in ziekenhuizen naar een nog hoger niveau tillen. De omvangrijke database kan risico's ziekenhuis overstijgend inzichtelijk maken. Claims, of beter: de potentieel vermijdbare schade die een claimende patiënt heeft opgelopen, zijn immers vaak het resultaat van een reeks aan foute inschattingen en suboptimale zorgprocessen in een ziekenhuis. Het risico op herhaling van de gebeurtenissen in hetzelfde ziekenhuis of andere ziekenhuizen bestaat. Het is de moeite beslist waard om te zoeken naar patronen die een betere risico-inschatting mogelijk maken. Welke patiënten lopen vanaf het begin meer risico? Om welke (combinatie van) zorgprocessen gaat het? Wat maakt dat negatieve gevolgen niet op tijd bijgestuurd worden?

Medisch risicomanagement kun je op verschillende manieren invullen. De afgelopen jaren hebben wij in de zorg veel gekeken naar wat er (bijna) mis is gegaan. Dat blijft van belang, zeker als we via grote datasets, zoals die van MediRisk, kunnen zoeken naar patronen om risico's te voorspellen. Daarnaast is het belangrijk om te kijken waarom het onder dezelfde omstandigheden meestal juist goed gaat. Kunnen we het stimuleren om onder verschillende condities succesvol te zijn? En hoe kunnen we het aanpassingsvermogen op onverwachte situaties verder vergroten?

De ziekenhuissector zit in een sterk veranderend zorglandschap met toenemende concentratie en specialisatie, substitutie naar de eerste lijn en nieuwe samenwerkingsvormen voor groepen chronisch zieken en ouderen. Deze keten- en netwerkzorg brengt nieuwe verantwoordelijkheden en risico's voor de patiëntveiligheid. Medisch risicomanagement blijft, ondanks de bereikte successen, dan ook een bijzonder belangrijk thema.

prof. dr. Cordula Wagner
bijzonder hoogleraar Patiëntveiligheid
sinds 2 december 2015 commissaris bij MediRisk

Colofon
Magazine 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

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

Raad van Commissarissen MediRisk
drs. D. van Starkenburg RE (voorzitter), voorzitter Raad van Bestuur Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede
drs. M.W. Dijkshoorn AAG
drs J.H.D. van Hemsbergen
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.

Scherf en schade gemist

Jantine Smit hoort de vogels fluiten, ziet de dagen lengen en krijgt de voorjaarskriebels. Ze besluit aan de grote schoonmaak te beginnen. Haar plannen eindigen abrupt als ze op de trap staat en er een sport afbreekt. Ze valt voorover en zoekt met haar hand houvast tegen het raam. Het glas breekt en veroorzaakt een flinke snijwond aan haar pols.

Tintelende vinger

Na de eerste schrik ontdekt ze dat haar hand behoorlijk bloedt. Het doet bovendien flink pijn. Ze bindt een theedoek om haar hand en meldt zich op de Spoedeisende Hulp. Ze geeft vanaf het begin aan dat haar linker middelvinger tintelt.

De arts-assistent op de SEH bekijkt de wond onder plaatselijke verdoving. Ze concludeert dat er geen sprake is van penetrerend letsel. Volgens de arts-assistent zijn de hand en pols neurovasculair intact en zijn er geen aanwijzingen voor peesletsel, noch voor zenuwletsel. Ze verzorgt de wond. Met duidelijke instructies voor de wondverzorging mag Jantine naar huis.

Blijvende klachten

Thuisgekomen blijft Jantine klachten houden. Na een aantal dagen neemt ze contact op met de huisarts. Die stuurt Jantine dezelfde dag weer naar de SEH, waar ze wordt gezien door een chirurg en een neuroloog. Er lijkt dan sprake te zijn van zenuwletsel aan de nervus medianus. Peesletsel kan niet worden vastgesteld. Jantine vertrouwt het niet.
Ze blijft pijnklachten houden. Na overleg verwijst de chirurg haar door naar een plastisch chirurg.

Naar de OK

De plastisch chirurg besluit diezelfde week om een uitgebreide exploratie op de operatiekamer te doen. Hierbij verwijdert hij een glasscherf. De plastisch chirurg doet zijn best om de schade aan de nervus medianus te herstellen. Bij de exploratie blijkt dat er ook twee pezen zijn beschadigd. Ook dat letsel herstelt de plastisch chirurg.

De claim

Jantine is niet tevreden over haar behandeling. Ze dient een claim in bij het ziekenhuis. MediRisk erkent haar claim. Exploratie onder bloedleegte op de OK had in een eerder stadium moeten plaatsvinden. De anamnestische gegevens gaven hier aanleiding toe, vooral omdat Janine steeds had aangegeven dat haar vinger tintelde. Een deskundige onderzoekt de schade die Jantine heeft opgelopen. Hij concludeert dat de beperkingen die ze nu heeft bij het gebruik van haar vingers een gevolg zijn van de val en niet veroorzaakt zijn door de vertraging in de behandeling. Er volgt dan ook alleen een financiële vergoeding voor de opgelopen vertraging en de daardoor geleden pijn en niet voor de functiebeperking.

Claims op de SEH

Jaarlijks dienen patiënten circa honderd claims in als gevolg van een behandeling op de SEH. Driekwart van deze claims gaat over het missen, het verkeerd óf te laat stellen van een diagnose. Ongeveer de helft van de diagnose-gerelateerde claims heeft te maken met peesletsel, zenuwletsel of fracturen. Gemiste of niet adequaat behandelde letsels kunnen leiden tot onnodig blijvend letsel, herbehandelingen en langere herstelperiodes. Deze claims gaan gepaard met aanzienlijke kosten. De gemiddelde vergoeding voor een erkende claims (verwijtbaar gehandeld) op de SEH bedroeg in 2014 € 46.523.

Beperkte kennis een veiligheidsrisico

Uit de claimdatabase blijkt dat bij 85% van de claims, gericht op de behandeling van hand- en polsletsel, een arts-assistent betrokken was. Kennis van de anatomie en het adequaat kunnen uitvoeren van een hand-, zenuw- en peesinspectie zijn essentieel om te kunnen bepalen of en welke structuren er zijn beschadigd.

Vangnetten SEH 2.0

25 procent minder claims

In 2006 introduceerde MediRisk de Vangnetten SEH om het aantal claims, gerelateerd aan gemiste fracturen, peesletsel en zenuwletsel, te verminderen. Met succes: in de eerste jaren daalde het aantal claims met 25 procent. Niet alleen patiënten leden minder schade, ook de schadelast nam af met 1,5 miljoen euro.

Aandacht blijft nodig.

Na de daling in de eerste jaren is het aantal claims nu weer gelijk aan het aantal vóór introductie van de Vangnetten SEH. Ook de hiermee gepaard gaande kosten nemen toe. Aanleiding om de Vangnetten SEH opnieuw onder de loep te leggen en aan te passen naar nieuwe inzichten die we met hulp van experts uit het veld, analyse van de claimdatabase en dossieronderzoek hebben verkregen.

De focus van de Vangnetten SEH 2.0 ligt op het missen van de diagnoses bij hand- en polsletsels. Ook het missen van fracturen maken onderdeel uit van de Vangnetten SEH 2.0 met bijzondere aandacht voor gemiste wervelfracturen. Het aantal schadecategorieën binnen de Vangnetten SEH 2.0 is teruggebracht van zeven naar twee.

Nieuwe claimanalyse hand- en polsletsel

Maurits Zegel

Zenuwen, botten, pezen, spieren, ligamenten, huid; een hand heeft het allemaal. Razend interessant, vindt co-assistent Maurits Zegel. Hij deed voor de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie dossieronderzoek naar claims rondom hand- en polsletsel op de SEH in de periode 2008-2014. Zegel bestudeerde bij MediRisk 218 claimdossiers. Hij onderzocht welke factoren de claims gemeen hadden en hoe de zorg op de SEH voor hand- en polsletsel beter zou kunnen.

Investeren in kennis

De afgelopen jaren heeft de handchirurgie volgens Zegel inhoudelijk een flinke groei doorgemaakt. "Om ervoor te zorgen dat de SEH deze groei kan bijhouden is er geïnvesteerd in kennisoverdracht, bijvoorbeeld via het boekje 'Handletsels' en de bijbehorende Hand- en polsletselkaart, speciaal voor hulpverleners op de SEH. Met deze nieuwe analyse kunnen we gericht kijken op welke punten de zorg te verbeteren is." Hand- en polsletsel beslaat 27% van al het lichamelijk letsel op de SEH.

Toekomstmogelijkheden

Zegel ziet mogelijkheden in een andere manier om kennis van hand- en polsletsel over te brengen. "Denk aan een gebruiksvriendelijke applicatie op telefoon of tablet, met goede foto's en heldere filmpjes, die bijvoorbeeld in één minuut laat zien welk letsel zich aan de zijkant van de vinger kan voordoen." MediRisk onderzoekt op dit moment hoe deze vorm van `microlearning' het beste ingevuld kan worden. De resultaten van de claimanalyse van Zegel, waarvan een deel al is verwerkt in de Vangnetten SEH 2.0, worden binnenkort bekend gemaakt.

"Frequent focussen op wat goed gaat"

In de geboortezorg wordt op de werkvloer keihard gewerkt aan een optimale samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Iedere schakel in de keten - van preconceptiefase tot kraambed - is even belangrijk om het gezamenlijke doel te bereiken: de beste zorg voor zwangere, barende, moeder en pasgeborene. MediRisk en VvAA sluiten aan bij deze ontwikkeling door de aanwezige kennis over risico's rond geboortezorg aan elkaar te verbinden en te delen. De masterclass 'preventie van tuchtklachten en claims in de geboorteketen' op 1 september 2016, is daar een mooi voorbeeld van.

Geboorteclaims komen niet vaak voor maar als er iets misgaat, is de impact voor alle betrokkenen groot, zowel emotioneel als financieel. Tot nu toe richtte MediRisk zich op de claims van ziekenhuizen en werkte de VvAA voor de individuele zorgverlener, in het geval van geboortezorg meestal verloskundigen. Jolanda Boxem, projectleider van het project Geboortezorg bij VvAA en eveneens verloskundige: "Preventie staat bij beide organisaties hoog in het vaandel. MediRisk beschikt over een database van schadeclaims in de tweede lijn, wij beschikken over een database met claims, klachten en tuchtzaken in de eerste lijn. Die risico-informatie uit de hele geboorteketen kunnen we nu teruggeven aan het veld."

Vangnet Geboortezorg

Zo wordt momenteel samen met professionals in de geboorteketen gewerkt aan een Vangnet Geboortezorg. Het vangnet toont de belangrijkste risico's in de geboortezorg en biedt maatregelen om deze risico's aan te pakken. Stefan zum Vörde sive Vörding, projectleider van het project Geboortezorg bij MediRisk: "Het ontwikkelen van het vangnet kwam in eerste instantie voort uit een claimanalyse van MediRisk. Maar al snel dachten we: dit moeten we over de muren van het ziekenhuis heen trekken, hier moeten we de hele keten in meenemen. De timing is goed, want iedereen realiseert zich: zwangerschappen en bevallingen begeleiden is een teamperformance."

Een hapering in die teamperformance is één van de grootste risicofactoren in de geboortezorg, zo blijkt uit claimanalyses. Zum Vörde sive Vörding: "Multidisciplinaire samenwerking heeft in het veld al hoge prioriteit maar het blijft altijd een aandachtspunt. Samen met verloskundige samenwerkingsverbanden bekijken we welke preventieacties kunnen leiden tot een nog betere kwaliteit van zorg en het voorkómen van klachten en claims. De invoering van de debriefing na elke bevalling kan bijvoorbeeld helpen bij het verbeteren van de teamperformance."

Pilot Debriefing

Bij deze debriefing komen alle betrokken zorgverleners na elke bevalling kort samen, om te bespreken hoe de samenwerking en de communicatie verliepen. Zum Vörde sive Vörding: "Dus niet alleen na bevallingen die minder goed verliepen, maar na alle bevallingen. Meestal verloopt een bevalling goed en het motiveert om daar als team óók bij stil te staan. Door frequent te focussen op dat wat goed gaat, gaat de teamperformance omhoog." Deze visie past in de Safety 2.0- gedachte, die steeds meer aanhangers krijgt. "Zo'n debriefing hoeft helemaal niet lang te duren. Wat ging goed en wat kan beter, daar draait het om." In een aantal ziekenhuizen zijn al veelbelovende ervaringen met de debriefing. Dankzij de samenwerking tussen MediRisk en VvAA is het mogelijk om de debriefing op grotere schaal in de praktijk te testen, door middel van een pilot. Momenteel wordt bekeken hoe zo'n pilot eruit zou kunnen zien.

> **"Risico-informatie uit de hele geboorteketen kunnen we nu teruggeven aan het veld."**

Ondersteuning van de keten

Boxem: "De geboortezorg is allang niet meer monodisciplinair, maar juist multidisciplinair. Veel zwangeren bewegen zich door de hele keten heen, van eerste naar tweede lijn en vice versa. Op elke plek in de keten moeten zij verzekerd zijn van de beste zorg. Het is belangrijk om ook met onze dienstverlening aan te sluiten op deze ketengedachte."

Zum Vörde sive Vörding: "Formeel is de geboorteketen nog versnipperd. Eerste en tweede lijn hebben hun eigen systemen, financieringen en verzekeringen. "Naast het vangnet, de pilot en de masterclass, bekijken MediRisk en VvAA daarom welke andere initiatieven wenselijk zijn voor een veilige geboortezorgketen. Bijvoorbeeld op het gebied van medisch risicomanagement, verzekeringen en informatie en advies over juridische en financiële zaken. Zodat verloskundige samenwerkingsverbanden die daar aan toe zijn als keten kunnen worden ondersteund.

Het gezamenlijke streven van MediRisk en VvAA staat hierin voorop: samen met de professionals in het veld gericht werken aan het voorkomen van medische schade en het steeds verder verbeteren van de geboortezorg.

Jolanda Boxem en Stefan zum Vörde sive Vörding

1 september 2016:
Masterclass 'preventie van tuchtklachten en claims in de geboorteketen'

gespreksleider Inge Diepman

Niemand wil een klacht, tuchtzaak of schadeclaim. Cliënten of patiënten niet en zorgverleners evenmin. Iedere zorgverlener in de geboorteketen streeft naar de allerbeste zorg.

Toch komen klachten, tuchtzaken en claims af en toe voor. Zijn er mogelijkheden om dat te voorkomen? Welke risico's liggen op de loer en hoe kun je daarop anticiperen?

Op 1 september 2016 organiseren MediRisk en VvAA een gezamenlijke masterclass over het voorkomen van tuchtzaken en claims in de geboorteketen. Experts presenteren medische risicodata en bieden informatie over verschuivende risico's en maatregelen om die risico's te verkleinen.

De masterclass is interessant voor verloskundigen, klinisch verloskundigen, gynaecologen, anesthesiologen, kinderartsen, huisartsen, kraamverzorgenden en echoscopisten.
Kortom: voor alle zorgverleners in de geboorteketen.

Meer informatie of direct aanmelden: **www.medirisk.nl/masterclassgeboorteketen**

"Maak burn-out onder artsen bespreekbaar"

Burn-out is een risico voor de patiëntveiligheid, maar ziekenhuizen lijken geen beleid te hebben om dit probleem aan te pakken. "In jaarverslagen en beleidsdocumenten wordt niet gerept over burn-out als risico", zegt Erik Drenth, tot voor kort directeur Risicomanagement voor de Gezondheidszorg bij VvAA. Voor zijn master Risicomanagement aan de Universiteit Twente onderzocht hij de relatie tussen burn-out en patiëntveiligheid en bekeek hij welke interventies kunnen bijdragen aan de risicobeheersing. Het onderzoek van Drenth leidde tot een aantal aanbevelingen.

Eén op de acht medisch specialisten heeft burn-out-klachten. Voor aios (artsen in opleiding tot specialist) ligt dat aantal nog hoger. Dat betekent voor een gemiddeld ziekenhuis dat vijfentwintig medisch specialisten kampen met burn-out-klachten. Tijdens een systematische review vond Drenth tien studies die een relatie aantonen tussen burn-out-klachten en onbedoelde medische fouten. Drenth: "Burn-out bij artsen levert een bewezen risico op voor de patiëntveiligheid."

Taboe

Door klachten zo vroeg mogelijk bespreekbaar te maken, kunnen de risico's het beste worden beheerst. Maar dat is niet eenvoudig: burn-out is een taboe. "Als dokter mag je niet ziek worden. Dan toon je zwakte. Bovendien belast je je collega's, die toch al zo druk zijn, met extra werk. Stoppen of minderen is geen optie; je staat ingeroosterd. De cultuur van de werkomgeving is daarmee een extra risico voor de patiëntveiligheid, omdat het artsen met burn-out-klachten nog verder naar beneden kan trekken."

De werkomgeving zou juist de weg naar de oplossing moeten bieden: die kan een actieve rol spelen in het signaleren en bespreekbaar maken van burn-out-klachten. Drenth raadt onder meer aan om verpleegkundigen en assistenten structureel te betrekken bij IFMS-onderzoeken naar het individuele functioneren van artsen. "Zij zijn meestal de eersten die burn-out-klachten bij dokters signaleren, maar kunnen dit in de bestaande cultuur en hiërarchie moeilijk bespreekbaar maken."

Change agent

Voorbeeldgedrag is essentieel, zegt Drenth. "De medische staf, ondersteund door de Raad van Bestuur, is de belangrijkste 'change agent'. Tegen de medische staf zou ik willen zeggen: erken dat burn-out onder artsen vóórkomt en een serieus risico is voor de patiëntveiligheid. Laat een prevalentieonderzoek uitvoeren om te zien hoe het eigenlijk gaat met de dokters. Stap vervolgens op de zeepkist, presenteer de uitkomsten en vertel wat je gaat doen om het taboe rond burn-out te doorbreken."

Ook op politiek niveau is volgens Drenth aandacht voor dit thema nodig. "De politiek moet er samen met ziekenhuizen en andere betrokken partijen voor zorgen dat er meer ruimte ontstaat in het werksysteem, om tijdig een time-out te kunnen nemen of de werkdruk te verlichten."

De aanbevelingen van Drenth staan beschreven in zijn masteronderzoek 'Burn-out bij jonge medisch specialisten', te vinden op www.medirisk.nl

"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.

Uit de losse pols

Martini Ziekenhuis

Aries Oldenhuis, gipsverbandmeester in het Martini Ziekenhuis, ontwikkelde als eerste in Nederland een oefenmodel voor artsen in opleiding om het zetten (reponeren) van een pols te leren. Zo kunnen jonge dokters eerst op een levensecht model oefenen, voordat ze de techniek op een echte patiënt toepassen.

Oldenhuis is al bijna dertig jaar gipsverbandmeester in het Martini Ziekenhuis. Hij ziet arts-assistenten regelmatig worstelen met het reponeren van polsfracturen. "Als je zo'n breuk nog nooit hebt gevoeld, snap je de 'clou' van de behandeling nog niet. Dat maakt zo'n eerste keer heel spannend, zowel voor de arts-assistent als de patiënt."

Het probleem is volgens Oldenhuis vaak dat beide botdelen uit positie zijn geraakt. "De truc is dat je beide delen op de juiste manier 'onthaakt'. Dat is behoorlijk lastig: je moet zowel de correcte hoek als de juiste druk toepassen en daarbij best veel kracht uitoefenen." Door een goede repositie kan een operatie aan de pols worden voorkomen.

Zolderkamer

Gedreven door perfectionisme ging Oldenhuis op zijn Groningse zolderkamer aan de slag. Na tientallen uren noeste arbeid was het resultaat een biomedisch oefenmodel van zijn eigen onderarm. Dit model is voorzien van kabels en een veer die de kracht van de spieren simuleren. Het model wordt met bijbehorende lesstof nu in het Martini Ziekenhuis aangeboden aan iedereen die wil leren reponeren. Aries hoopt dat zijn wereldprimeur ook buiten 'zijn' ziekenhuis wordt omarmd.

3 goede vragen

Patiëntenfederatie NPCF en de Federatie Medisch Specialisten

Een knieoperatie of niet meer tennissen? Doorbehandelen of stoppen? Voor onderzoek en behandeling van aandoeningen zijn meestal meerdere mogelijkheden. Patiënten hebben daar een stem in, ook al vindt dat gesprek in de praktijk nog niet vaak plaats. De website www.3goedevragen.nl wil daar verandering in brengen.

Open gesprek

Door 3 goede vragen te stellen, nodigen patiënten hun arts uit om informatie te geven en een open gesprek te voeren. Samen kunnen patiënt en arts vervolgens beslissen welk onderzoek of behandeling het beste bij de patiënt past.

De 3 goede vragen vinden hun oorsprong in het buitenland. In Australië en Engeland zijn "Ask 3 questions" -campagnes gevoerd die patiënten op succesvolle wijze hebben gestimuleerd om mee te praten over hun zorg. Patiëntenfederatie NPCF en de Federatie Medisch Specialisten hebben daarom de handen inéén geslagen om de campagne te vertalen naar de Nederlandse situatie. Op de website zijn ook hulpmiddelen te downloaden, waaronder een folder, poster en een invulkaart waarop de patiënt de antwoorden op de 3 goede vragen kan noteren.

Veilige overdracht van patiënten

Máxima Medisch Centrum

Zeven tot twaalf procent van de patiënten ligt binnen een maand na ontslag weer in het ziekenhuis. Een gebrekkige overdracht bij het ontslag is één van de oorzaken. "Soms was de patiënt al bij de huisarts voordat de ontslagbrief daar was. Dat wilden we verbeteren", vertelt Agnes van 't Hof, strategisch projectleider van het project 'Veilige overdracht bij ontslag' in Máxima Medisch Centrum.

Agnes van 't Hof

Het project maakt deel uit van de pilot 'Transfer Interventie Procedure', om verspilling in de zorg tegen te gaan. Negen ziekenhuizen doen mee aan de pilot. Máxima Medisch Centrum zet in op tijdigheid, volledigheid en juistheid van de overdracht. Binnen 24 uur na ontslag krijgt de opvolgende zorgverlener – bijvoorbeeld huisarts of verpleeghuisarts – een volledige medische -, medicatie- en zorgoverdracht.

Goede zorg

Van 't Hof: "De medische overdracht is dan nog niet gesuperviseerd. Dat wil zeggen: de medische brief is opgesteld door de arts-assistent, maar de opleider heeft deze nog niet beoordeeld. De afspraak is dat supervisie door de opleider binnen zeven dagen plaatsvindt. Binnen een week is de medische overdracht dus definitief." Daardoor beschikt de opvolgende zorgverlener tijdig over actuele patiëntinformatie. Dat is nodig om goede zorg te kunnen verlenen én om onnodige heropnames door informatieachterstand te voorkomen.

Ook de communicatie richting de patiënt verbetert. Naast de ontslagbrief vindt er een ontslaggesprek plaats door de behandelend specialist met de patiënt en een eventuele mantelzorger. "Dat gesprek vindt meer expliciet plaats, met tijd en aandacht. De specialist bespreekt de ontslagbrief met de patiënt en vertelt dan nog eens: dit hebben we gedaan, dit zijn de vervolgafspraken, zo gaat het straks thuis."

Daarnaast krijgt de patiënt een patiëntenbrief mee. "In de patiëntenbrief komt bijvoorbeeld heel duidelijk te staan: 'Dit was uw behandelend arts, op dit telefoonnummer kunt u contact opnemen als er iets is, vanavond om 22.00 uur moet u de medicijnen nemen en morgenochtend om 9.30 uur komt er iemand van de thuiszorg om u te helpen met wassen en aankleden.' Heel concreet, zodat de patiënt weet waar hij aan toe is." Over de medicatie vindt een ontslaggesprek plaats met de apothekersassistente en de patiënt krijgt een poliklinisch medicatiepaspoort mee.

De regie

Verpleegkundigen krijgen de regie in het ontslagproces van de overdracht naar de opvolgende zorgverlener. "Zij zien toe op het voorbereidende werk en controleren of alle informatie compleet is, zodat de patiënt veilig naar huis kan. Bijvoorbeeld of de medicatiecontrole al heeft plaatsgevonden, of de voorlopige medische ontslagbrief klaarstaat en of de afspraken met de thuiszorg of het verpleeghuis zijn gemaakt. En ze trekken degenen aan hun jasje die ontbrekende informatie moeten aanleveren."

Eind van het jaar wil Máxima Medisch Centrum de verbeteringen geïmplementeerd hebben. Van 't Hof: "Niet alleen voor de kwetsbare oudere patiënt, zoals de IGZ voorschrijft, maar voor ál onze klinische patiënten. Alle patiënten hebben immers recht op een tijdige en volledige overdracht."

"Zo'n beeld blijft hangen"

Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)

"Je kunt als manager constant protocollen en werkafspraken over de afdeling uitstorten, maar meestal is dat niet zo effectief. Als medewerkers niet overtuigd zijn van een nieuwe maatregel, dan krijg je een houding van 'daar heb je weer zo'n bobo die het allemaal zo goed weet'. Dan bereik je je doel niet."

Aan het woord is SEH-arts Christiaan Heringhaus, afdelingshoofd van de Spoedeisende Hulp in het LUMC. Samen met physician assistant Alex van der Lecq bedacht Heringhaus in de nachtdienst een campagne om medewerkers te prikkelen voor het onderwerp veiligheid. Ze maakten opmerkelijke, soms hilarische foto's van onveilige situaties, gewoontes of werkprocessen en schreven er korte, pakkende teksten bij over verbetermaatregelen, inclusief verwijzingen naar reviews of relevante bronnen.

Urgentie

De foto's laten situaties zien als patiëntverwisselingen, verkeerde attitudes op het gebied van hygiëne en ontbrekende of niet functionerende apparatuur op cruciale plaatsen. "We hebben de urgentie van een bepaalde veiligheidsmaatregel gevisualiseerd in een foto. Zo'n beeld blijft hangen en roept op tot gesprekken."

Het begon met vijf foto's, nu zitten ze op ruim veertig. Van een tweemans-actie is het een project van de bijna de hele afdeling geworden. "Collega's kwamen op een gegeven moment zelf met ideeën voor foto's. Het had echt een sneeuwbaleffect. En dat was precies de bedoeling van ons project 'SAFE ER': we

wilden medewerkers inspireren om met een andere bril op naar de werkomgeving te kijken, zodat patiëntveiligheid een vanzelfsprekend onderdeel van ons dagelijkse werk zou worden."

Boek

Inmiddels zijn de foto's en teksten gebundeld tot een boek. Heringhaus en Van der Lecq voeren gesprekken met uitgevers om het boek te publiceren.

"Behoefte aan ziekenhuis-specifieke claim- en risico-informatie is toegenomen"

Om leden gericht te kunnen ondersteunen bij het managen van hun medische veiligheidsrisico's, ontwikkelt MediRisk in samenwerking met een aantal ziekenhuizen nieuwe producten en diensten. De noviteiten komen voort uit een inventarisatie van knelpunten onder bestuurders, financials en kwaliteitsmanagers van vier ziekenhuizen. 'MediRisk Signaal' is een voorbeeld van zo'n nieuw product.

'Stuur ons nou gewoon iets simpels', zei een van de geïnterviewden tijdens de inventarisatie. In april verscheen daarom de eerste uitgave van 'MediRisk Signaal', een digitale nieuwsflits die leden snel en zonder toeters en bellen op de hoogte brengt van actuele veiligheidsrisico's. "In twee verschillende ziekenhuizen constateerden we een identieke verwisseling; beide ziekenhuizen opereerden de verkeerde knie. In MediRisk Signaal hebben we heel kort de belangrijkste veiligheidsmaatregelen om verwisselingen te voorkomen op een rijtje gezet", vertelt Miriam Kroeze, senior adviseur medisch risicomanagement bij MediRisk.

Bondig overzicht

De reacties op MediRisk Signaal zijn positief. "Ziekenhuizen zien soms door de bomen het bos niet meer. Calamiteitenonderzoeken, VIM-meldingen, complicatieregistraties, rapporten van de inspectie, interne audits, klachtentrajecten, paginalange claimoverzichten: ze leveren een enorme berg aan informatie op. Het is lastig om daaruit te bepalen wat nou de meest urgente veiligheidsrisico's zijn. Een bondig overzicht van actuele risico's die direct aandacht behoeven, dáár is behoefte aan." Op basis van genoemde knelpunten op het gebied van risicomanagement zijn nu zeven ideeën globaal uitgewerkt. In een tweede ronde toetsen we of deze ideeën daadwerkelijk een oplossing bieden. De meest succesvolle ideeën werken we uit in prototypes die in een derde ronde onder een bredere groep potentiële gebruikers worden getest. Eén voorbeeld is een digitaal 'dashboard'. Daarop zie je in één oogopslag wat een acuut risico is en hoe het ziekenhuis daar iets aan zou kunnen doen. Ook werken we aan infographics, korte filmpjes en andere visuele manieren om snel informatie over te brengen. Als laatste 'toets' legt MediRisk de prototypen dit najaar voor aan de bij de ontwikkeling betrokken ziekenhuizen. Vermoedelijk zijn de producten voor het einde van dit jaar voor alle leden beschikbaar.

Predictive modelling

Uit de inventarisatie bleek ook dat leden graag vroegtijdig op de hoogte willen zijn van eventuele veiligheidsrisico's. "Dus liever niet pas als claims zijn ingediend, maar daarvoor. We weten inmiddels dat bepaalde kenmerken een voorspelbare waarde hebben op toekomstige claims. Op grond van claims uit het verleden en claims in vergelijkbare ziekenhuizen kunnen we een voorspelling doen van actuele en toekomstige veiligheidsrisico's. Daarnaast proberen we te achterhalen welke motieven doorslaggevend zijn om een claim in te dienen: waarom doet de ene patiënt dat wel en de andere niet? Zijn er interventies te bedenken die voorkomen dat de situatie uitloopt op een claim? Dat willen we samen met kwaliteitsmanagers en klachtenfunctionarissen gaan onderzoeken."

Medisch risicomanagement is in de meeste ziekenhuizen allang geen ondergeschoven kindje meer. De kosten voor medische claims laten al jaren een stijgende lijn zien. Door de overgang naar stop-loss (een verzekeringsvorm waarin ziekenhuizen zelf meer financiële verantwoordelijkheid dragen voor de kosten voor medische aansprakelijkheid), is het managen van veiligheidsrisico's voor ziekenhuizen nóg belangrijker geworden.

Individuele ondersteuning

"Dat verklaart ook de toenemende behoefte aan specifieke claim- en risico-informatie", vertelt Kroeze. Tot nu toe ontwikkelde MediRisk vooral algemene verbeteracties voor alle ziekenhuizen, zoals landelijke preventie-audits en de Vangnetten OK en SEH. "Nu kijken we meer en meer hoe we ziekenhuizen individueel kunnen ondersteunen bij hun medisch risicomanagement. Onze claimdatabase met circa 20.000 claims is daarbij van grote waarde: we blijven leden natuurlijk attenderen op incidenten die bij andere leden spelen, omdat je daar veel van kunt leren. Dat een incident zich nog niet in jouw ziekenhuis heeft voorgedaan, wil immers niet zeggen dat het nooit kan gebeuren."

Afgeslankte Vangnetten OK

In de ziekenhuizen is de afgelopen jaren alles op alles gezet om de patiëntveiligheid op en rond de OK te verbeteren. Met succes: de grote inzet heeft geleid tot een daling van de patiëntschade. Daarom heeft MediRisk besloten tot afslanking van de Vangnetten OK. De vijf vangnetten zijn teruggebracht naar drie: de vangnetten 'Verwisseling', 'Achterblijven van materialen' en 'Medicatiefouten'.

De Vangnetten OK bestaan uit maatregelen om hoog vermijdbare schade, verzameld in schadecategorieën, te voorkomen. Uit het rapport Monitor Zorggerelateerde Schade 2008 van Nivel Emgo blijkt dat de patiëntschade is gedaald door de invoering van de vangnetten OK, de TOP van de IGZ en het VMS Veiligheidsprogramma. Ook de pre-, per- en postoperatieve richtlijnen van de wetenschappelijke verenigingen hebben hieraan bijgedragen. Maatregelen die in eerste instantie alleen waren beschreven in de Vangnetten OK, zijn opgenomen in deze richtlijnen.

Grote inzet

Bart Jongbloed, adviseur medisch risicomanagement van MediRisk: "De grote inzet van ziekenhuizen zagen wij in 2013 en 2014 ook terug tijdens de audit 'Het Peroperatieve Traject'. Bij alle leden zijn veiligheidschecks ingevoerd, zoals de Time-outprocedure. Overal is de Peroperatieve Richtlijn vertaald naar een specifiek organisatieprotocol. Die goede ontwikkelingen waren voor MediRisk reden om de Vangnetten OK te reviseren."

Bart Jongbloed

Het afgelopen jaar zijn de vangnetten onder de loep genomen, samen met medewerkers en managers van de OK en medisch specialisten. Drie vangnetten zijn gehandhaafd en aangescherpt: 'Verwisseling', 'Achterblijven van materialen' en 'Medicatiefouten'. MediRisk duidt incidenten in deze categorieën aan met de term 'never events': incidenten die nooit zouden moeten plaatsvinden.

Jongbloed,: "Never is misschien niet realistisch, maar uit claimanalyses blijkt dat er nog veel ruimte is voor verbetering. Vooral de teamperformance kan fouten voorkomen, herkennen en herstellen."

Verbetermaatregelen

Het vangnet 'Apparatuur & Materiaal' is komen te vervallen omdat deze verbetermaatregelen nu deel uitmaken van het Convenant Medische Technologie. Alle leden hebben het Convenant integraal geïmplementeerd. Jongbloed: "In de claims die we nu nog zien, gaat het vooral om brandwonden, de beschikbaarheid en maatvoering van implantaten en fouten bij de bediening of het functioneren van apparatuur." MediRisk blijft de claimontwikkeling in deze categorie volgen in de claimdatabase.

Claims rondom positionering komen, vergeleken met de andere genoemde schadecategorieën, het minst vaak voor. Bovendien is het aantal positionering-gerelateerde claims duidelijk afgenomen na de introductie van de OK-vangnetten. Positioneringsclaims gaan vaak over tekortkomingen in de verslaglegging, meestal niet over de feitelijke zorgverlening. Jongbloed: "Tijdens de OK-audit zagen we dat bij alle operaties preventieve maatregelen werden genomen om positioneringschade te voorkomen. Aandacht blijft belangrijk, maar een apart vangnet lijkt ons niet meer nodig."

Meest risicovol

De operatieafdeling is nog altijd de meest risicovolle afdeling in het ziekenhuis. Achtendertig procent van alle claims is OK-gerelateerd. Vaak gaat het om incidenten die voorkomen hadden kunnen worden, dus alertheid blijft nodig. De Vangnetten OK 2.0 zijn te vinden op **www.mijnmedirisk.nl**

"Afgeslankte vangnetten zijn erkenning van al ons werk"

Trudie Doodeman, OK-manager Westfriesgasthuis

Trudie Doodeman

"De afslanking van de vangnetten zien we als een erkenning van al het werk dat we de afgelopen jaren op en rond de OK hebben verzet om de patiëntveiligheid te verbeteren. We hebben een flinke cultuuromslag gemaakt. Kwaliteit en veiligheid zijn niet langer een doel op zich; het zijn de voorwaarden waaronder we werken, ze zijn verankerd in onze basishouding op de OK.

Uitdaging

De aangescherpte vangnetten bevatten voor ons niks nieuws. De uitdaging blijft om álle betrokken teamleden aanwezig te krijgen op belangrijke controlemomenten. Voorafgaand aan een time-out moet er van alles tegelijk gebeuren, zoals het opdekken en voorbereiden van de patiënt. In het ideale geval zijn de personen die bij de time-out aanwezig zijn, dezelfde personen die assisteren of instrumenteren. Daar schuurt het soms: we willen het wel, maar tijd is een factor die in de weg kan staan. Aan mij de schone taak om, in samenwerking met de artsen, de operaties inclusief de controlemomenten goed te organiseren in een realistische planning.

'Geen tijd' mag geen argument zijn om controles over te slaan. Soms moet je op de OK even lak hebben aan degene die in je nek staat te hijgen. En dat dan later weer bespreekbaar maken, zodat je wel plezierig met elkaar kunt blijven werken. We besteden op onze afdeling veel aandacht aan optimale teamperfomance. Elkaar durven aanspreken, incidenten bespreken zonder te oordelen en vooral ook aandacht schenken aan wat er allemaal juist goed gaat. De houding van de artsen, maar ook van management en bestuur, is daarin natuurlijk bijzonder belangrijk.

Scherp blijven

De Vangnetten OK zijn een vast onderdeel van al onze systemen en procedures. Dat er nu twee vangnetten vervallen, betekent niet dat we er geen aandacht voor houden. Het is geen kwestie van 'moeten', het zijn maatregelen die we met elkaar willen. Er is de afgelopen jaren al heel veel gewonnen, maar we moeten altijd scherp blijven."

"Aangepaste vangnetten sluiten goed aan op andere veiligheidsmaatregelen"

Monique Geuzendam, OK-manager Gelre ziekhuizen locatie Apeldoorn

Monique Geuzendam

"In de aangepaste Vangnetten OK zie ik geen verrassende nieuwe elementen. De vangnetten zie je terug in alle processen op de OK, die we steeds verder optimaliseren. De aangepaste vangnetten van MediRisk sluiten goed aan op de veiligheidsmaatregelen in het kader van NIAZ-Qmentum en IGZ/TOP- richtlijnen.

Foutmarge omlaag

Verbetering blijft natuurlijk altijd onze aandacht houden. Zo inventariseren we voortdurend of er mogelijkheden zijn voor vereenvoudiging of verdere automatisering. Het RFID - het taggen van het OK-instrumentarium met informatiecodes - is daar een voorbeeld van. Daarmee kun je de compleetheid van het instrumentarium checken, om te voorkomen dat er na de operatie instrumenten achterblijven. De foutmarge die bij handmatig tellen altijd aanwezig is, kan omlaag. Daarnaast worden instrumentensets gevolgd met het track- en tracesysteem.

Verder investeren we flink in de samenwerking binnen de teams op de OK; Medisch Team Work. Het is essentieel dat je als OK- team weet wat er van je wordt verwacht. De veiligheidsmaatregelen moeten helder zijn, de verschillende rollen op de OK moeten voor iedereen duidelijk zijn en het is van het grootste belang dat je elkaar durft aan te spreken als dat nodig is.

Om letterlijk zichtbaar te maken wat goed gaat en wat beter kan, maken we live opnamen van operatiehandelingen. Die opnamen bekijken en bespreken we achteraf binnen het team met een MTW-trainer. Zonder met de vinger naar elkaar te wijzen, maar juist om er met elkaar van te leren. Vaak door 'gewoonweg' de werkafspraken te volgen, risicobewust te zijn en als team op te treden. Vooral in de teamperformance ligt de kracht om fouten te voorkomen, te herkennen en te herstellen.

Eyeopeners

De video-opnamen leveren soms echte eyeopeners op: 'Hè?! Wat deed ik daar nou?'. Sommige handelingen doe je vanzelfsprekend en soms ook onbewust. Dat zie je terug in de video-opnamen en daar leer je van. Op dit moment filmen we alleen geplande operaties, maar we zijn nu ook aan het bekijken hoe we spoedsettings kunnen filmen. Het is immers vaak de teamsetting die bepaalt of veiligheidsmaatregelen goed worden opgevolgd. OK-werk blijft mensenwerk en mensen kunnen fouten maken. De kans op fouten minimaliseren, dat blijft altijd een uitdaging."

Mr. O.L. (Oswald) Nunes

KBS Advocaten is een middelgroot advocatenkantoor in Utrecht, werkzaam voor instellingen, organisaties en individuele beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, verzekeringsmaatschappijen, ondernemingen, maatschappelijke instellingen en particulieren.

De belangrijke rol van de hulpverlener bij claimbehandeling

Wanneer een patiënt een hulpverlener aansprakelijk stelt wordt het dossier in de regel overgedragen aan de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar. In veel gevallen is dit MediRisk. De behandeling van de claim wordt dan door de schadebehandelaar van MediRisk overgenomen, maar de betrokkenheid van de hulpverlener blijft van groot belang.

Inhoudsdeskundige

De schadebehandelaar vraagt de hulpverlener om commentaar op de claim. Daarnaast verzoekt de schadebehandelaar de hulpverlener om te reageren op adviezen van de medisch adviseur van de patiënt. Ook kan de hulpverlener worden uitgenodigd om mee te gaan naar de zitting bij de rechter om feitelijke inlichtingen te verstrekken. Omdat de hulpverlener zelf betrokken is geweest bij de medische behandeling die aanleiding is voor de claim, kan de deze uit de eerste hand informatie verstrekken; informatie die mogelijk niet, of niet uitgebreid genoeg, in het medisch dossier is opgenomen. De rol van de hulpverlener mag niet worden onderschat. Zo kan de hulpverlener tijdens de zitting een eventueel manco in de statusvoering met een mondelinge verklaring compenseren en kan deze als inhoudsdeskundige uitleggen op welke wijze een medische behandeling is verlopen, of deze conform de richtlijnen heeft plaatsgevonden en zo niet, of er redenen waren om in dit specifieke geval (gemotiveerd) van de richtlijnen af te wijken.

Betrokkenheid bij totstandkoming onafhankelijke expertises

Ook wanneer door de rechter expertise van een onafhankelijk medisch deskundige wordt gevraagd is er een belangrijke rol voor de hulpverlener weggelegd. De hulpverlener kan in het kader van hoor en wederhoor aan de deskundige uitleg geven over de uitgevoerde medische behandeling. Ook kan de hulpverlener bijvoorbeeld inzicht verschaffen in de wijze waarop informed consent voor de behandeling tot stand is gekomen. Deskundigen hebben wel eens de neiging om uitsluitend de patiënt te horen. Wanneer dat het geval is biedt het inroepen van de hulp van de rechter vaak geen soelaas. De rechter geeft een deskundige veelal een grote mate van vrijheid bij het verrichten van onderzoek, en zal de deskundige dan ook niet willen verplichten om (ook) de bij de claim betrokken hulpverlener te horen. Om die reden kan de deskundige zich wat de lezing van de hulpverlener betreft uitsluitend baseren op het medisch dossier, terwijl het medisch dossier vaak (achteraf bezien) niet alle relevant geachte informatie bevat of voldoende duidelijk is.

Evenwichtig en gelijkwaardig?

Het horen van de hulpverlener bij de totstandkoming van een rapport van een deskundige is net zo belangrijk als het horen van de patiënt. Hoe kan een deskundige een mening over een hulpverlener geven zonder diens visie te weten? Om een zo evenwichtig en gelijkwaardig mogelijk rapport tot stand te laten komen is het dan ook van belang om (als advocaat van de hulpverlener) te (blijven) hameren op het toepassen van hoor en wederhoor door de deskundige. De totstandkoming van zo'n rapport is immers in het belang van alle partijen. Wanneer een deskundige op adequate wijze hoor en wederhoor toepast draagt dat bij aan de overtuigingskracht van diens rapport. Het rapport bevordert op zijn beurt een kwalitatief goede beoordeling van de zaak door de rechter.

Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

"Nieuwe geschilleninstantie moet **voldoende deskundig** zijn"

Tijdens de kennisbijeenkomst Wkkgz in maart hebben we met in- en externe experts de reikwijdte van de wet verkend. Duidelijk is dat de ruimte die de wet biedt voor eigen interpretatie en invulling vragen oproept. We zijn inmiddels een aantal maanden verder: het programma van eisen voor de nieuwe geschilleninstantie is rond en ook de implementatie in de ziekenhuizen krijgt steeds meer vorm.

Begin 2016 zijn vertegenwoordigers van zorginstellingen, aansprakelijkheidsverzekeraars en consumenten-, cliënten- en patiëntenorganisaties om de tafel gaan zitten om een breed gedragen kaderstellend programma van eisen te ontwikkelen. Belangrijkste eisen: geschillen moeten door de nieuw op te richten geschilleninstanties uniform worden behandeld, de kwaliteit van de klacht- en claimbehandeling moet gewaarborgd zijn en de kosten van de behandeling moeten 'voorzienbaar en aanvaardbaar' zijn.

Knowhow

Harry Henschen, directeur verzekeringstechniek bij MediRisk: "Voor ziekenhuizen is het belangrijk om te weten dat ze goed verzekerd zijn als deze geschilleninstantie van start gaat. Voor ons als verzekeraar is het van belang dat de geschilleninstantie voldoende deskundig is om klachten en claims te kunnen beoordelen. Daar komt behoorlijk wat bij kijken. Specifieke knowhow op het gebied van schadevaststelling bijvoorbeeld. En expertise op het vakgebied waar de klacht over gaat: wordt er bijvoorbeeld een gynaecologische klacht behandeld, dan moet er naar onze mening zeker een gynaecoloog in de geschilleninstantie zitten." Nu de eisen helder zijn, buigen vertegenwoordigers van de zorginstellingen en consumentenorganisaties zich over de uitvoering.

Implementatie Wkkgz krijgt steeds **meer vorm**

''Het systeem maakt helder waar in de keten verbetering nodig is''

Vier jaar geleden startten ziekenhuis Rijnstate en huisartsvereniging 'Onze Huisartsen' met Transmuraal Incident Melden, een systeem voor het gestructureerd registreren en onderzoeken van incidenten in de gezamenlijke patiëntenzorg van huisarts en ziekenhuis. Dankzij de meldingen van zorgverleners zijn er al verscheidene verbeteringen doorgevoerd, vooral op het gebied van de overdracht.

"Voorheen had ik weinig mogelijkheden om iets te doen met de aandachtspunten en algemene opmerkingen vanuit verschillende hoeken. Het leken losse flodders; eenmalige gebeurtenissen die niet uitnodigden tot dieper kijken naar het proces", vertelt Jacqueline van Sambeek, manager van de Unit Eerste–Tweede Lijn in Rijnstate. "Nu we de meldingen in kaart brengen, kunnen we veel beter zien waar in de keten verbetering nodig is. Je ziet bijvoorbeeld waar belemmerende factoren zijn of op welke plek onduidelijkheden in de overdracht optreden. De rode draad wordt nu sneller zichtbaar." Samen met Pieter Jongerius, een huisarts uit de regio, zette Van Sambeek een transmuraal meldingssysteem op. Sindsdien zijn meerdere verbeteringen doorgevoerd in de samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Zo is er door digitalisering een snellere uitwisseling van patiëntgegevens in de verloskunde en krijgen huisartsen de overdracht van patiënten binnen 24 uur na ontslag.

Vertrouwen

Van Sambeek raadt ziekenhuizen die een dergelijk systeem willen invoeren aan om altijd terugkoppeling te geven aan de oorspronkelijke melder. "Als je laat zien wat je hebt onderzocht, welke procesfout je hebt ontdekt en hoe je dat gaat verbeteren, hebben melders het gevoel dat je je openstelt voor hun feedback en er serieus mee aan de slag gaat. Dat geeft vertrouwen. En het houdt het enthousiasme om te melden hoog."

Jacqueline van Sambeek en Pieter Jongerius

Wkkgz: Incidenten melden

Vanaf 1 juli 2016 zijn alle zorgaanbieders verplicht om incidenten te melden.
Veel instellingen beschikken al over een interne procedure voor Veilig Incident Melden (VIM). De gegevens in zo'n VIM-systeem, bijvoorbeeld uitkomsten van onderzoek naar de diepere oorzaken van een (bijna-)incident, zijn niet openbaar. Patiënten hebben hier geen inzage in, de IGZ mag de gegevens niet opvragen en ze mogen ook niet worden gebruikt in civiele, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedures.
Alleen in zeer uitzonderlijke gevallen mag het OM gegevens opvragen. De zorg voor één patiënt omvat vaak een hele keten van zorgverleners, van eerste lijn naar tweede lijn en vice versa. Hoe zorg je dat niet alleen (bijna-)incidenten binnen de eigen instelling, maar ook elders in die keten worden gemeld en opgepakt?

MediRisk

Antwoorden op veelgestelde vragen over de Wkkgz: medirisk.nl/Wkkgz

''Niet bang zijn om open kaart te spelen''

Gelre Ziekenhuizen biedt patiënten of nabestaanden het volledige rapport van het calamiteitenonderzoek aan. "Wij hebben niks te verbergen. Ondanks de allerbeste bedoelingen kan er soms toch iets fout gaan. Dat zoeken we dan tot op de bodem uit en de patiënt of nabestaande mag daar deelgenoot van zijn", vertelt Bas van Praagh, anesthesioloog en medisch specialist patiëntveiligheid.

Bas van Praagh

Uitleg

De overhandiging van het rapport gaat altijd gepaard met een mondelinge toelichting door de directeur van het ziekenhuis, de klachtenfunctionaris, de onderzoeker en eventueel een medisch specialist voor een medisch-inhoudelijke uitleg. De namen van de zorgverlers zijn geanonimiseerd. Van Praagh: "Het gaat niet om namen, het gaat in het onderzoek om de functies van de betreffende zorgverleners. Aan blaming en shaming heeft niemand iets." Ook voorafgaand aan het calamiteitenonderzoek is er een gesprek met patiënten of nabestaanden. Daar zit de ziekenhuisdirecteur bij en de onderzoeker van het bureau patiëntveiligheid. "Zij vragen de patiënt of nabestaande of er specifieke punten zijn die zij graag meegenomen willen hebben in het onderzoek. Vaak zijn dat punten op het gebied van communicatie."

Positiviteit

Gelre Ziekenhuizen werkt inmiddels vijf jaar met deze vergaande vorm van transparantie. "Deze manier van werken heeft ons alleen maar positiviteit opgeleverd. Patiënten en hun dierbaren kijken echt anders naar de gang van zaken in het ziekenhuis, daar kunnen we enorm van leren. En vrijwel alle patiënten en nabestaanden vinden het belangrijk dat een incident wordt onderzocht, dat er iets mee wordt gedaan, dat het niet nog eens gebeurt."

Wkkgz: Informatieplicht bij incidenten

Artsen hebben de plicht om patiënten of nabestaanden te informeren over incidenten. De Wkkgz definieert een incident als 'een niet-beoogde gebeurtenis in de zorg met schadelijke gevolgen voor de patiënt'. In het dossier moet de arts de aard, toedracht en het tijdstip van het incident noteren en de namen van de zorgverleners die er bij betrokken waren. Hoe gaan ziekenhuizen om met transparantie richting de patiënt als er iets is misgegaan?

Verklaring Claimhistorie

Bij een sollicitatieprocedure kan de werkgever bijvoorbeeld navraag doen bij het BIG-register, voormalig werkgevers of de IGZ. Ook de Verklaring Claimhistorie van MediRisk biedt inzicht: deze verklaring geeft een overzicht van claims waarbij de betreffende medisch specialist betrokken is geweest en door de patiënt met naam is genoemd. Meer informatie over de Verklaring Claimhistorie medisch specialist: www.medirisk.nl

Wkkgz: Vergewisplicht

Zorgaanbieders hebben sinds 1 januari 2016 een zogeheten vergewisplicht. Dat betekent dat zij de antecedenten van nieuwe medewerkers moeten nagaan. Onder meer door navraag te doen over zorginhoudelijke en communicatieve kwaliteiten, maar ook door te controleren of er voorvallen zijn geweest die iemand ongeschikt maken voor de zorg.

Dagvoorzitter Astrid Joosten

Save the date!

Professor Sidney Dekker

BETER WORDEN

jubileum congres **26-01-2017**

Professor Erik Hollnagel

NBC Congres-centrum, Nieuwegein

Een Onderlinge reis naar Patiëntveiligheid 2.0

Patiëntveiligheid en medisch risicomanagement anders bekeken. Dé experts delen hun visie en gaan met u in gesprek over hoe het in de zorg nóg beter en veiliger kan.

Inschrijven?
De inschrijving start in september. Als u een mail stuurt naar **jubileumcongres@medirisk.nl** krijgt u van ons bericht op het moment dat de inschrijving start en het volledige programma bekend is.

Professor Sidney Dekker – Just Culture
Sidney Dekker is Human factors & safety expert: hoe bouw je een Just Culture?'

Professor Erik Hollnagel – Patient Safety 2.0
Erik Hollnagel is professor en auteur van meer dan twintig boeken, vooral over veiligheidsmanagement.

Kosten

Leden van MediRisk:	€ 250,-
Niet-leden:	€ 450,-

www.medirisk.nl/jubileumcongres

25 jaar | MediRisk