

Alert

DE RISICO'S VAN HET VAK

8 PATIËNT PAKT
ORGANISATIE AAN

12 REAGEREN OP
GERUCHTEN

16 NIEUWE GEDRAGSCODE:
SORRY ZEGGEN MOET

OPENHEID EN TRANSPARANTIE

Als arts werk je meer dan ooit in een glazen huis

Colofon

Kwartaal magazine Alert is een uitgave van MediRisk, Onderlinge Waarborgmaatschappij voor Instellingen in de Gezondheidszorg. MediRisk verzekert het merendeel van de algemene ziekenhuizen in Nederland tegen medische aansprakelijkheid en werkt samen met haar leden gericht aan het terugdringen van risico's in de zorg. Alert wordt kosteloos verstrekt aan verzekerden en het netwerk van MediRisk.

Redactie Karin Annaert, Mare Bergsma, Matthijs Buikema, Alice Hamersma, Lotte de Jong
Realisatie www.zinonline.nl
Technische eindredactie Franca de Leeuw
Vormgeving Bard87
Druk Schotanus en Jens
Oplage 14.000

Redactieadres
 MediRisk, afdeling Communicatie
 Postbus 8409, 3503 RK Utrecht
medirisk@vvaa.nl
www.medirisk.nl/alert

Raad van Commissarissen
 drs. G.P.M. Huisman (voorzitter), algemeen directeur Singeland Ziekenhuis, Doetinchem
 drs. M. Dijkshoorn AAG
 drs. J.S. van der Heide, voorzitter RvB Ziekenhuis Bernhoven, Oss en Veghel
 dr. D.J. Hemrika, voorzitter RvB Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam
 drs. J.H.D. van Hemsbergen, hoofddirectie VvAA Groep BV
 drs. D. van Starckenburg RE, voorzitter RvB Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede

Bestuur
 mr. E.A. van Gelderen, algemeen directeur
 K. Annaert, directeur operations a.i.

O.W.M. MediRisk B.A. en de bij deze uitgave betrokken redactie en medewerkers aanvaarden geen aansprakelijkheid voor mogelijke gevolgen van gebruik en/of interpretatie van de in deze uitgave opgenomen informatie. Meningingen of standpunten van auteurs hoeven niet noodzakelijkerwijs het beleid van MediRisk weer te geven.

© O.W.M. MediRisk B.A. Utrecht. Niets uit deze uitgave mag worden vernoemd, overgenomen en/of openbaar gemaakt zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van MediRisk. Verzekerden van MediRisk zijn van deze toestemmingsverplichting uitgezonderd.

ISSN 1878 – 80 17

OPROEP

Wilt u met uw initiatief of afdeling ook in Alert of deze delen op onze digitale kennisbank schadepreventie? Laat het ons weten via medirisk@vvaa.nl

INHOUD

- 4 Arts in een glazen (zieken)huis
Hoe communiceer je in een afrekenmaatschappij?
- 7 Wees gewoon jezelf
Column Marga Ebbeling, patiëntencontactpersoon HagaZiekenhuis
- 11 Case report in de praktijk
Brandwonden door warmtedeken
- 12 Geruchten in de wandelgangen
St. Elisabeth reageert op subtiele signalen bij mogelijk disfunctioneren
- 14 Inter Pares
Nieuws van en voor MediRisk-ziekenhuizen
- 19 Juridische kwestie
Onduidelijke dossiervoering
- 20 Kort en bondig inlichten
SBAR brengt elk gesprek snel tot de kern
- 22 Claimreconstructie
Hartmassage na naamsverwarring medicijn
- 24 Gespot
Collega's filmen met HagaTube



Patiënt zet boosheid om in organisatieproject

Organisatiedeskundige Paul Kooij kreeg vijf jaar geleden te horen dat hij gemetastaseerde darmkanker had. Wat volgde was een zorgtraject waarin veel misging, met als dieptepunt de verwijdering van een verkeerd deel van de lever. Hij zette zijn boosheid om in een project om de organisatie en de communicatie op de betrokken afdelingen te verbeteren. |pag.8|

Sorry zeggen moet en mag

De weg om na een medisch ongeval verhaal te halen ligt vaak bezaaid met obstakels en leidt bij sommige patiënten tot grote frustratie. Met de nieuwe Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA) weet iedereen hoe en wanneer de schadeafhandeling zal verlopen. |pag.16|

PREVENTIEBLIK

Nee, het is niet patiënt numero zes die hier onder het mes ligt. De display naast de OK-deur laat zien hoe vaak deze tijdens de operatie open en dicht is gegaan. Binnenkort hangt dit schermje naast alle OK-deuren van het Rotterdamse Havenziekenhuis. Doel: OK-medewerkers laten zien hoe vaak ze tijdens een operatie in- en uitlopen en hen bewust maken van hun eigen hygiënediscipline. Door het aantal deurbewegingen omlaag te brengen, verbetert de luchtkwaliteit van de OK's en kan het aantal postoperatieve wondinfecties (POWIs) structureel worden teruggebracht. De OK-deurentellers registreren niet alleen het aantal deurbewegingen, maar ook bij welke ingreep dit gebeurde en wie de operateur was. Zo kan het ziekenhuis per discipline de protocollen optimaliseren en het hygiënegedrag per operateur vergelijken en aanscherpen. Kijk ook op www.medirisk.nl/kennisbank.

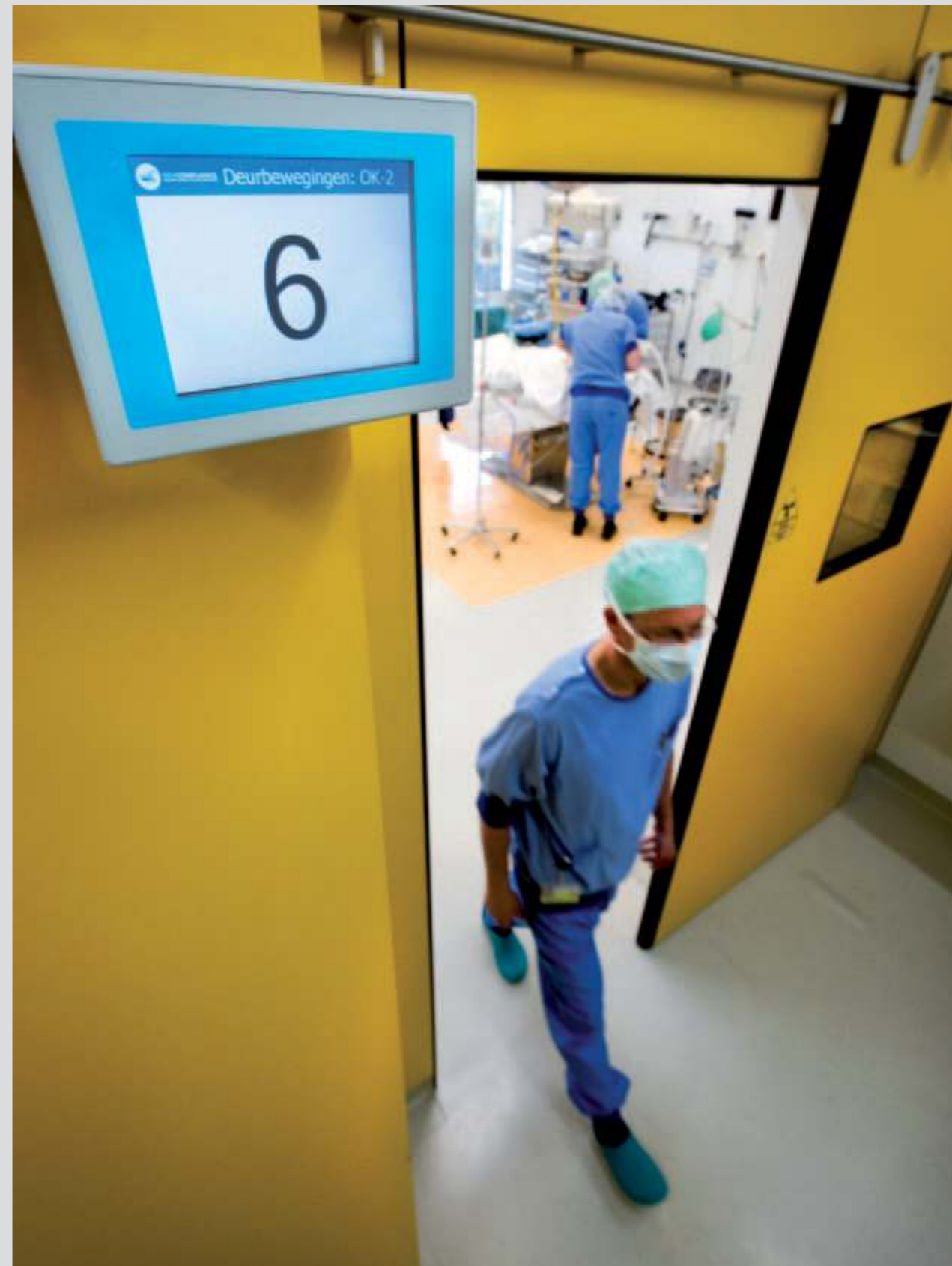


Foto: Sicco van Grieken

Arts in een glazen (zieken)huis

Communiceren in een afrekenmaatschappij

Openheid en transparantie, dat zijn de sleutelwoorden als er iets misgaat, klachten zijn of een claim wordt ingediend. De nieuwe *Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid* stuurt daar ook op aan. Maar staat die openheid juist niet onder druk in een maatschappij waar artsen en andere zorgprofessionals steeds vaker publiekelijk worden afgerekend? Voor je het weet ben je vogelvrij verklaard op internet. DOOR MATTHIJS BUIKEMA



Op diverse fora op internet spuien patiënten en hun familieleden hun gal over artsen en ziekenhuizen. Wie eenmaal in een programma als *Missers* is geweest, staat al gauw op diverse sites bekend als potentiële brokkenpilot. Soms met naam en toenaam, en steeds vaker in grove bewoordingen en regelrechte bedreigingen. Er zijn zelfs websites met zwarte lijsten van medici die fouten zouden hebben gemaakt. Als arts je ertegen verweren kan bijna niet en wat eenmaal op internet staat, laat zich er moeilijk weer vanaf halen.

Toen een arts vorig jaar zijn foto van een zwarte lijst wilde hebben, oordeelde de rechter dat patiënten in hun recht staan als zij artsen 'openlijk op hun verantwoordelijkheid aanspreken en beschuldigen indien deze hun verantwoordelijkheden niet nakomen'. De rechter vond bovendien dat een hoge medische functie met zich kan meebrengen dat er in het openbaar kritiek op het uitvoeren van die functie wordt geuit. Met andere woorden: artsen moeten tegen die kritiek bestand zijn.

TE VEEL 'HOUSE'-ACHTIGE TYPES

Maar hoe doe je dat als je als arts publiekelijk wordt zwartgemaakt? Of als een patiënt naar *Missers* stapt? Artsen kunnen zich im-

mers moeilijk wapenen tegen patiënten die openlijk kritiek spuien over hen. "Dat is ook knap lastig," erkent KNO-arts Eize Wielinga van het Rijnland ziekenhuis in Leiderdorp en vast panellid van *Missers*. "Als arts werk je meer dan ooit in een glazen huis, midden in een afrekenmaatschappij. Dat kun je naar vinden en je kunt er bezwaren tegen hebben, maar het is niet anders. En dat hebben we over onszelf afgeroepen. De dokter heeft slecht geleerd om te communiceren. Artsen leren niet hoe ze moeten omgaan met patiënten die angstig of onzeker zijn, die boos worden enkel omdat ze duidelijkheid willen. Ze leren niet hoe ze patiënten kunnen pareren die zich op internet hebben ingelezen en hun woordje klaar hebben. Ze missen bepaalde skills, die misschien ook niet allemaal te leren zijn, zoals inlevingsvermogen, de mens zien in plaats van het ziektebeeld, ware empathie tonen. Dat heb je of je hebt het niet. Daar zou je in de opleiding al veel strenger naar moeten kijken. Medische studenten die weinig empathisch vermogen hebben, zouden gemasseerd moeten worden naar specialismen waar minder patiëntencontact is. Er werken nu te veel House-achtige types met patiënten. Let wel: een goede communicatie is deel van je werk. Je hebt de morele plicht om in de huid van de

patiënt te kruipen. Realiseer je dat zij in het nadeel zijn. Zij zijn ziek en kunnen niets afdwingen bij de arts."

SMOESJES

Wielinga vindt het triest hoe artsen tegenwoordig bekend staan. "Dat is toch een drama, terwijl ons gezondheidsstelsel internationaal goed staat aangeschreven." Maar of dat de schuld is van een programma als *Missers* en zwartmakerij op internet, dat ziet hij niet zo. "*Missers* is het eerste kritische zorgprogramma op televisie. Mijn ervaring is dat de redactie zorgvuldig en discreet werkt. Je moet het als arts wel erg bont hebben gemaakt om in het programma te komen. En af en toe denk ik echt: hoe heb je in vredesnaam zo kunnen handelen? Ik probeer wel altijd de nuances aan te brengen en de achterliggende oorzaken van een incident te laten zien. Maar dat zijn vaak de delen die er uit worden geknipt. Dat is jammer, maar ook begrijpelijk. Het publiek van *Missers* wil, net als patiënten, duidelijkheid. Zij hebben weinig aan woorden als 'het systeem heeft gefaald' of 'het was een samenloop van omstandigheden, waarvan ik een van de radertjes was'. Dat is waar wij als artsen mee aan de slag moeten. Geef aan patiënten gewoon je fouten toe. Mensen

worden bijna nooit boos als je zo snel mogelijk uitlegt wat er is misgegaan. Je mag zeggen 'ik heb dit niet goed gedaan' en excuses aanbieden. Blijf integer. Het is een normale reactie om een excuus te zoeken voor je vergissing. Mensen verzinnen nou eenmaal snel smoesjes. Maar patiënten zijn een soort emotionele bommetjes – één en al voelspriet. Die hebben het meteen door als je niet eerlijk bent en ontploffen dan."

EXCUSES

Zelfstandig mediator mr. Wendy den Ouden bemiddelt bij klachten tussen arts en patiënt en herkent dit beeld maar al te goed. "Als ik naar de zaken kijk waarbij ik betrokken ben geweest, dan draait het in verreweg de meeste gevallen om duidelijkheid, erkenning en excuses. Dat is wat de patiënt wil. Als ze dat niet krijgen, dan zie je de relatie steeds verder wegzakken. Als mensen na een gebeurtenis tegen een dichte deur aanlopen,

gaan ze lopen duwen, trekken en schoppen, en worden ze op een gegeven moment boos. Ook aan het einde van het traject, als patiënten een claim hebben ingediend, draait het vaak nog steeds om erkenning en excuses, zo is de ervaring van letselschadebehandelaar en bemiddelaar Gerrit Hulsbergen van PI-advice. "Ik heb zaken gehad waarbij grote bedragen zijn uitgekeerd terwijl de patiënten zeiden dat het niet zover had hoeven komen als de betrokken artsen hen maar op een correcte manier hadden bejegend. Natuurlijk, er zijn mensen die voor het geld gaan, maar ook dan moet je correct met elkaar blijven omgaan. Communicatie is en blijft op elk niveau belangrijk."

KWETSBAAR OPSTELLEN

Helaas, zo stelt Hulsbergen, wordt de communicatie er in die eindfase vaak niet beter op. "Pakweg twintig jaar geleden werden claims vaak onderling opgelost. Er werd di-

rect met elkaar gecommuniceerd en meestal werd de zaak onderling naar tevredenheid opgelost. In de loop der jaren is de maatschappij claimbewuster geworden. Ziekenhuizen zijn zich gaan verzekeren bij medische aansprakelijkheidsverzekeraars die voor hen schadeclaims afhandelen. Patiënten laten zich bijstaan door letselschadespecialisten. Arts en patiënt zien elkaar niet of nauwelijks en voor beide partijen is de claimafhandeling een technisch en ingewikkeld proces geworden. De verstoorte relatie tussen arts en patiënt wordt er niet mee opgelost. Sterker, die relatie verslechtert doorgaans. En hoe slechter de relatie, zo leert de ervaring, hoe langer een zaak blijft voortkabbelen en hoe ontevredener iedereen is. Ook als er een passend regelingsaanbod is." Hulsbergen is blij met de *Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA)* die op 16 juni jl. is gepresenteerd. "Het dwingt de betrokken par-

'PATIËNTEN ZIJN EEN SOORT EMOTIONELE BOMMETJES. ZE HEBBEN HET METEEN DOOR ALS JE NIET EERLIJK BENT EN ONTPLOFFEN DAN'

'DE OPLOSSING LIGT VAAK IN HET GEVEN VAN DUIDELIJKHEID EN DE ERKENNING DAT HET NIET HELEMAAL GOED IS GEGAAN. ZO'N GESPREK DUURT MEESTAL MAAR EEN UUR'

VvAA Mediation - De praktijk leert dat een klacht het snelste kan worden opgelost op de plaats waar deze is ontstaan. Vrijwel alle ziekenhuizen hebben een klachtenfunctionaris of bemiddelaar die laagdrempelig klachten opvangt en zonodig kan bemiddelen. Daarnaast kan externe mediation uitkomst bieden. VvAA heeft onpartijdige en deskundige mediators in huis die de verhoudingen tussen onder andere specialist en patiënt gezond kunnen houden. Meer informatie: www.vvaa.nl.

tijen transparant en duidelijk te communiceren." Toch kan Hulsbergen zich er iets bij voorstellen dat deze openheid onder druk komt te staan door ongefundeerde kritiek en zwartmakerij. "Dat maakt het natuurlijk moeilijk om je kwetsbaar op te stellen. Maar ook in die gevallen is openheid en duidelijkheid dé manier om daarmee om te gaan. Hoe opener, eerlijker en toetsbaarder je je opstelt, hoe minder boosheid je genereert. De ongenueerde kritiek die je op internet vindt, komt waarschijnlijk van mensen die tegen een muur van onbegrip aanlopen."

NEUTRALE DERDE

Om de relatie tussen arts en patiënt bij een klacht te herstellen, treedt Den Ouden regelmatig op als mediator. "Bemiddeling is in feite niets anders dan het op gang brengen van een gesprek. Waar gaat het nou precies om? Wat is belangrijk en wat wil men? Vaak is dat door alle emoties van beide partijen vertroebeld. Ik draai als neutrale derde langzaam het ventiel van een vat vol emoties open en probeer een antwoord te vinden op de vraag waar het nu echt om draait. De oplossing ligt dan toch dikwijls in het geven van duidelijkheid en de erkenning dat het niet helemaal goed is gegaan. Zo'n gesprek duurt meestal maar een uur en klaart vaak de lucht voor beide partijen. Ik breng arts en patiënt weer naast elkaar in plaats van tegenover elkaar. Dat is belangrijk, want soms loopt een behandeling nog." Ook Hulsbergen ziet bij de afhandeling van claims een grotere rol weggelegd voor mediation. "Als ik bij patiënten kom, vraag ik niet alleen naar de dingen die in hun ogen fout zijn gegaan, maar ook naar de dingen die goed gingen. Dat die er ook zijn, vergeten mensen vaak door de negatieve ervaringen. Door de positieve ervaringen weer onder de aandacht te brengen, worden negatieve gevoelens meestal al afgezwakt, waardoor je weer sneller *on speaking terms* bent. Als je eenmaal weer communiceert en dat ver-

volgens op een open, toetsbare en dus kwetsbare manier doet, zijn zaken in de regel snel opgelost. Er wordt vaak krampachtig gedaan als patiënten dreigen met een claim. Waarom toch? Patiënten hebben het recht om een claim in te dienen en te weten wat er gebeurde, en of dat al dan niet verwijtbaar is dan wel een complicatie betreft. Zie dat als een zakelijke afhandeling van een gebeurtenis. Hoe beter partijen met elkaar blijven communiceren, des te sneller de zaak is afgehandeld en iedereen weer verder kan."

TIJD NEMEN

Mediation is niet het ei van Columbus, maar kan soms wel een aanvulling zijn op de klachtenopvang zoals dat in vrijwel alle ziekenhuizen is geregeld. Het kan zeker ellende voorkomen, denkt ook Eize Wielinga. Liever ziet hij een goede communicatie vanaf het begin van het traject tussen artsen en patiënten, dus vanaf de eerste kennismaking. "De ervaring leert dat een arts veel ellende kan voorkomen door duidelijke, invoelende communicatie over bijvoorbeeld ziektebeeld, medicijnen, bijwerkingen, prognoses en onzekerheden. Betrek bij die zorgvuldige communicatie niet alleen de patiënt, maar ook de familieleden. Patiënten en hun fami-

lie zijn kritischer en beter geïnformeerd dan ooit. Ik probeer de tijd te nemen, daar ligt een belangrijke oplossing voor het probleem. Bij slechtnieuwsgesprekken controleer ik of de patiënt de boodschap wel heeft begrepen door het hem in eigen woorden te laten samenvatten. Als hij het niet snapt, leg ik het nog een keer uit. Daar ben ik soms drie kwartier tot een uur mee bezig, maar daarna is er wel duidelijkheid. Heb je die tijd niet, geef dan als arts je e-mailadres. Doe dat sowieso, want patiënten hebben na een consult altijd vragen. Een paar jaar geleden ging ik met mijn 85-jarige moeder op consult bij een cardioloog. Deze arts was een oude bekende van mij. Mijn moeder was apothekersassistente, mijn vader chirurg en ik ben zelf arts, dus we waren bepaald geen leken. De ideale situatie voor een onbedreigd, makkelijk consult zou je zeggen. Maar toen wij weer op de gang stonden, hadden we toch nog vragen. 'Wat zei hij nou over...? Hij bedoelde toch...?' De cardioloog was intussen al met de volgende patiënt bezig, aan de telefoon krijgen lukte niet en een volgende afspraak kon pas weken later worden gemaakt. Nu heb ik als arts natuurlijk andere ingangen, maar voor een patiënt gaan de luiken na een consult dicht. Je moet de grootst mogelijke moeite doen om weer in contact te komen met je arts. Dat is frustrerend, zeker als je ziek bent en in een afhankelijke situatie verkeert. Door je bereikbaarheid te vergroten met het beantwoorden van mailtjes ben je die frustratie op een simpele manier een stap voor. Bij mij werkt het heel goed en het kost nauwelijks tijd!" ■

Hoe overleef je de dokter? - KNO-arts Eize Wielinga schreef het boek *Hoe overleef je de dokter*, een handboek voor iedereen die weleens naar een dokter gaat. Als patiënt gaat het erom dat de arts de juiste diagnose stelt. Dat je de goede behandeling krijgt. Dat je op tijd verwezen wordt en correcte informatie krijgt, zodat je zelf kunt kiezen wat je wilt. Daar speelt de patiënt een belangrijke rol in. Maar ook de arts, voor wie dit boek een *eyeopener* kan zijn: confronterend, maar leerzaam.

Te bestellen via www.bol.com (€ 19,95).



'Fouten toegeven betekent nog niet aansprakelijkheid erkennen'

MARGA EBBELING, PATIËNTENCONTACTPERSOON HAGA ZIEKENHUIS



Foto: William Koopman

In mijn bijna twintigjarige loopbaan als patiëntencontactpersoon ben ik de meest uiteenlopende zaken tegengekomen. Telkens weer blijkt dat alle betrokkenen bij een incident gebaat zijn bij een snelle afhandeling van schadeclaims. Het is natuurlijk ook niet niks voor zowel de zorgverlener als de patiënt als je betrokken raakt bij een incident. In het HagaZiekenhuis maken we sinds een aantal jaren gebruik van een volgsysteem om het proces rond klachten en claims zo efficiënt mogelijk te laten verlopen. Binnen een week na ontvangst van een aansprakelijkstelling breng ik als één van de patiëntencontactpersonen binnen ons ziekenhuis de betrokken zorgverlener op de hoogte. Ook wordt MediRisk snel geïnformeerd.

Stoom afblazen

Belangrijk voor een goede en snelle afhandeling is dat een patiëntencontactpersoon het vertrouwen en de medewerking geniet van de zorgverleners. Soms helpt het om juist bij een zorgverlener die bij een claim betrokken is even langs te gaan. Stoom afblazen en het laten gaan van emoties zijn dan belangrijk, want anders kunnen die emoties overslaan in de reactie op de claim. Als ik in zo'n geval een arts en-

kel een e-mail of brief zou sturen met het verzoek een reactie te geven op de claim, zou dat veel onpersoonlijker zijn en de brief misschien onder op de stapel terecht komen. Voordeel van een persoonlijk gesprek is bovendien dat je de zorgverlener zonedig kan helpen bij het formuleren van een reactie op de claim. Wat is er gebeurd, wat waren de feiten? Ik heb zelf weleens met een zorgverlener bekeken wat hij zich nog kon herinneren van de omstandigheden rond het incident en wat daarover in het dossier was opgenomen. Ik kon daarbij meteen duidelijk maken dat de zorgverlener zijn reactie op de claim moest zien als een kans om ook zijn visie te geven op het incident en hetgeen er was gebeurd.

Sorry zeggen

Uit ervaring heb ik gemerkt dat goede en open communicatie na een incident leidt tot snellere schadeafwikkeling en vaak ook tot meer tevredenheid. Niet alleen bij de patiënt, maar ook bij de betrokken zorgverleners. In de praktijk merk je soms nog verkramping bij het toegeven van een fout. Ook heerst nog regelmatig de opvatting dat je fouten niet mag toegeven van de verzekeraar. Gelukkig kan ik deze onjuistheid met de *Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid* (GOMA) uit de wereld helpen. Ook kan deze gedragscode helpen om eerder excuses aan te bieden en sorry te zeggen tegen de patiënt. Hoe het vervolgens zit met de aansprakelijkheid - dus de omstandigheden waardoor de fout kon gebeuren - dát wordt door MediRisk uitgezocht. De erkenning van een fout door een zorgverlener is namelijk niet hetzelfde als het erkennen van een civielrechtelijke aansprakelijkheid. Als zorgverlener is het van belang je te richten op de feiten die tot het incident hebben geleid. Het is ook van belang dat je alle voor het incident relevante gegevens verzamelt en ter beschikking stelt als de patiënt daarom vraagt. Je hoeft het woord 'fout' dus helemaal niet te vermijden, dat leidt alleen maar tot een verkrampde reactie. Wees gewoon jezelf.

Patiënt zet boosheid om in organisatieproject

‘Ik was nog niet klaar met het ziekenhuis’

Organisatiedeskundige Paul Kooij kreeg vijf jaar geleden te horen dat hij gemetastaseerde darmkanker had. Wat volgde was een diagnose- en behandeltraject waarin veel dingen misgingen, met als dieptepunt de verwijdering van een verkeerd deel van de lever. In plaats van claims in te dienen, begon hij een project om de organisatie en de communicatie op de betrokken afdelingen te verbeteren. Samen met de artsen die de fouten hadden gemaakt. **DOOR MATTHIJS BUIKEMA**

“Moet je je voorstellen: je krijgt te horen dat je gemetastaseerde darmkanker hebt en bent bevangen van de angst dat de kanker acuut levensbedreigend is. Je bent als patiënt dus alleszins gebaat bij snelheid, doeltreffendheid en duidelijkheid. In plaats daarvan moest ik maar liefst tien onderzoeken ondergaan waarvoor ik vijftien keer naar het ziekenhuis moest met een doorlooptijd van twee maanden. Daarbij heb ik niet één keer dezelfde specialist gezien en moest ik mijn verhaal voor mijn gevoel elke keer weer opnieuw vertellen. Toen ik eindelijk kon opkomen voor de allesbepalende uitslag, kreeg ik ter plekke te horen dat de betreffende arts plotseling naar één of ander congres was vertrokken. Ik kon over twee weken terugkomen voor de uitslag. Dat was de druppel. Ik ben door het plafond gegaan, ben naar de chef de clinique gelopen en heb gezegd dat ik niet van zijn kamer af zou gaan voordat ik een arts over mijn uitslag zou hebben gesproken. Dat is gebeurd, maar het is wel een vreemde interventie voor een patiënt.”

GEEN ONDERLINGE AFSTEMMING

“Helaas bleef het daar niet bij. De betreffende internist die mijn dossier bestudeerde, wist mij te vertellen dat de darm- en de leveroperatie in één sessie konden plaatsvinden. Hij liet meteen een gesprek bij Chirurgie inplannen zodat ik over een maand overal van af zou zijn. De oncologisch chirurg vertelde tijdens dat gesprek echter dat darmen en lever nooit in één sessie worden geopereerd, hoe kwam de internist erbij? Bovendien was de wachttijd minstens zes weken. Ondertussen zag ik mijn kansen kleiner

worden met elke week waarmee de behandeling werd uitgesteld. Dus ging het plafond er weer af.

Uiteindelijk ben ik binnen drie weken aan mijn darmen geopereerd. Vervolgens kreeg ik te horen dat ik eerst een chemokuur zou krijgen voordat ze mijn lever konden opereren. Dat was nodig om de levermetastase zodanig te laten krimpen dat het operabel zou worden. Volstrekt logisch en goed te volgen, maar waarom was me niet eerder verteld dat ik misschien een chemokuur zou moeten krijgen? Nu kwam dit rauw op mijn dak. Maar de chirurg stelde me gerust en zei dat ik geneesbaar was en niet de zwaarste chemokuur zou krijgen. Twee dagen later vertelde de oncoloog dat ik volstrekt ongeneesbaar was en dat ik de zwaarste chemokuur moest krijgen. Ik was radeloos, er was totaal geen onderlinge afstemming. Ik wist dat ze bij oncologie elke maandagmiddag alle mdl-patiënten bespreken. Wat hebben die artsen daar zitten doen? Is mijn casus überhaupt besproken?”

VERKEERD DEEL VERWIJDERD

“Na de kuur ging ik onder het mes voor de metastase en werd een deel van mijn lever weggesneden. Toen de patholoog het verwijderde deel onderzocht, vond hij geen enkel spoor van tumorweefsel, ook geen tumorweefsel dat door de chemokuur was vernietigd. De betreffende chirurg vond dat zelf ook vreemd. Hij kwam met de vage verklaring dat mijn lever was vervormd, waardoor hij op een verkeerde plek was uitgekomen. Mijn vrouw heeft als biologe veel coupes gezien en weet heel goed hoe een lever er

op een scan uitziet. En die van mij zag er volgens haar normaal uit.

We hebben daarom een second opinion gevraagd. Daar werd duidelijk dat het weggesneden stuk lever littekenweefsel bevatte van mijn galblaas, die de chirurg tijdens de darmoperatie alvast preventief had weggehaald, een routinemaatregel voorafgaand aan leveroperaties. De chirurg had het littekenweefsel van de galblaas aangezien voor verschrompeld tumorweefsel. De tumor bleek bovendien acht centimeter verderop te zitten. Hij had dus geen goede lokalisatie gedaan en de beeldvorming er kennelijk niet bij gehaald. In het verslag van de darmoperatie, zo bleek later, stond trouwens niet eens vermeld dat mijn galblaas was verwijderd. Ik denk dat de chirurg gewoon is gaan snijden, zonder iets te checken en zonder dat er tegenwicht werd geboden door de andere aanwezigen.

Ik was woest natuurlijk, en ontgoocheld. Wie moest mij nu gaan opereren? Mijn vertrouwen in de artsen en het ziekenhuis was volledig weg. ▶



De second opinion-arts kon eventueel de tweede leveroperatie doen, maar ik moest er van hem toch even goed over nadenken. Mijn oncologisch chirurg stond bekend als zeer bekwaam, ondanks de fout die hij had gemaakt. Maar, elke topper maakt weleens een fout. Hij kende bovendien als geen ander de weg in mijn lever en er was op dat moment in heel Nederland niemand méér gemotiveerd om het goed te doen dan hij. De volgende ochtend vroeg mijn chirurg of ik diezelfde dag nog met hem en zijn afdelingshoofd wilde komen praten. Tijdens dat gesprek gaf mijn oncologisch chirurg toe dat hij het weefsel verkeerd had beoordeeld. Aangezien weefsel beoordelen zo’n beetje de belangrijkste competentie is van een oncologisch chirurg, heb ik dat als excuses aanvaard. Hij hoefde voor mij ook niet door het slijk te gaan. Hij bleef immers kandidaat voor de volgende operatie, dus ik wilde de relatie niet verzieken. Maar ik heb in dat gesprek wel alles gezegd wat ik kwijt wilde. Uiteindelijk boden ze aan om de operatie samen te doen in aanwezigheid van een radioloog voor een properatieve echo, zodat ze tijdens de operatie de lokalisatie nog een keer konden checken. Ik heb mijn kansen berekend: ik zou nergens in Nederland zo’n topteam kunnen krijgen met zo’n betrokkenheid, zo veel hulpmiddelen aan mijn bed en zoveel nazorg.”

PATIËNTENWENSEN

“De tweede leveroperatie eind 2006 is goed verlopen. Er was op dat moment niets meer in mijn lijf te vinden en ik kreeg van het ziekenhuis te horen dat ze voorlopig klaar waren met mij. Maar ik was nog niet klaar met het ziekenhuis. Ik wist dat ik een ijzersterke casus had voor minstens één claim, maar daar had ik geen zin in. De organisatiedeskundige in mij kwam naar boven en ik heb een gesprek ‘geclaimd’ waarin ik mijn chirurg en zijn afdelingshoofd een spiegel wilde voorhouden. Ik had me als patiënt als een spoorzoeker in het donker gevoeld. Bij de sociale dienst krijg je tenminste nog een persoonlijke casemanager toegewezen, als complexe patiënt moet je het zelf uitzoeken terwijl je hoofd wel ergens anders naar staat. Patiënten hebben drie wensen: er moet integraal medisch beleid worden vastgesteld, er moet een vaste contactpersoon zijn en er moet een adequate en efficiënte zorgcoördinatie zijn. Als je dat koppelt aan mijn verhaal met zo veel verschillende specialisten, zoveel verschillende onderzoeken en zoveel verschillende meningen, dan is er op al deze fronten van alles

misgegaan. Oorzaak: een totaal gebrek aan regie. Ik heb een haarscherpe analyse gegeven van hun interne werkwijze en cultuur en aangegeven hoe het allemaal beter kan. Als het interdisciplinair overleg goed verloopt en wordt bijgewoond door een vaste contactpersoon die de regie voert, verbetert zowel de communicatie met de patiënt als de zorgcoördinatie. De contactpersoon kan zaken die van belang zijn in het dossier noteren of op de agenda zetten van het interdisciplinaire overleg. Je krijgt dan een systeem van samenwerking tussen zorgprofessionals waar vanzelf een eenduidige en gelijkwaardige communicatie met de patiënt uit rolt. Dan is de kern van mijn probleem opgelost.”

BEWUSTWORDING

“Ik heb de spijker op zijn kop geslagen. Iedereen die betrokken was bij oncologie herkende zich in de problemen die ik had benoemd. Begin 2008 werd ik gevraagd een project te leiden waarbij de drie patiëntenwensen handen en voeten zouden krijgen binnen en tussen de betrokken afdelingen. Ik ben gaan signaleren, ben zaken aan de orde gaan stellen, heb dingen bespreekbaar gemaakt. De patiëntenbesprekingen werden bijvoorbeeld in een collegezaalopstelling gevoerd. Onbegrijpelijk, de zorgverleners zaten dus tegen elkaars rug aan te praten. Zo kun je toch niet over patiënten vergaderen? Mijn eerste ingreep was dus om een gewone vergaderkamer te regelen waarbij de zorgverleners elkaar normaal konden aankijken en je dus een heel ander soort discussie krijgt. Daarnaast waren de dossiers vaak niet compleet en kwam het altijd wel voor dat niet alle behandelende artsen aanwezig waren. De logistiek en de agenda sloten niet op elkaar aan. Hoe kun je dan een serieuze bespreking houden? Wat voor signaal geef je dan aan artsen in opleiding die wél bij de bespreking aanwezig zijn? Ik merkte dat organisatorische fouten in het zorgproces geaccepteerd worden als een *fact of life*. Zorgverleners mopperen er met elkaar over op de gang, ze gaan er provisorisch mee om, maar lossen de problemen niet op. En dat kan niet: zij zijn medisch deskundigen, geen organisatiedeskundigen. Door steeds weer de spiegel voor te houden en met mogelijke oplossingen te komen heb ik de bewustwording dat het anders en beter kan vergroot. Dat is mijn vak.”

VASTE CONTACTPERSOON

“We zijn nu twee jaar verder en de onderlinge afstemming is met sprongen vooruit

gegaan. Het interdisciplinaire overleg wordt veel beter bezocht. Er is een verplichte aanlevering van patiënten vanaf het moment dat er een verdenking is van een maligniteit. Die patiënt komt in een patiëntvolgsysteem zodat iedereen kan zien dat er iemand in huis is bij wie een maligniteit wordt verdacht. De behandelend arts is verplicht bij de bespreking van de betreffende patiënt aanwezig. Verplichte velden in het volgsysteem zorgen ervoor dat alle stukken over deze patiënt in het systeem komen en dat het dossier dus compleet is tijdens de patiëntenbespreking. Is dit niet het geval, dan is meteen duidelijk wie in gebreke is gebleven. Diegene doet dat maar één keer, want er gaat een enorme groepsdruk van uit als er twintig mensen op jou moeten wachten. Sinds kort krijgen patiënten die op meerdere afdelingen een behandeling moeten ondergaan allemaal hun eigen vaste contactpersoon. Deze heeft toegang tot het patiëntvolgsysteem en kan precies zien waar de patiënt zit en of er alerts zijn waarop actie moet worden ondernomen. De hoofdbehandelaar is eindverantwoordelijk en communiceert over de behandeling met de patiënt. Voor alle bijkomende en tussentijdse vragen kan de patiënt terecht bij zijn contactpersoon. Die werkt interdisciplinair en heeft de bevoegdheid om in alle betrokken divisies te regelen en te organiseren wat er voor de voortgang van de afspraken met de patiënt van belang is. Dus dat een spoedscan ook werkelijk met spoed wordt gemaakt en niet eerst in drievoud moet worden aangevraagd.”

VERWERKING

“Het is opmerkelijk hoe het allemaal is gegaan, dat ik uiteindelijk samen met de artsen die vermijdbare fouten bij mij maakten de organisatiestructuur heb kunnen aanpassen. Ik denk dat het ons goed heeft gedaan. Zij hebben de fouten aangegrepen om zaken te verbeteren en ik heb met dit project mijn boosheid in constructieve actie kunnen omzetten. Ik heb altijd van mijn werk gehouden en ben als organisatiedeskundige altijd gedreven en enthousiast. Maar aan dit project zat natuurlijk een extra dimensie. Mijn vrouw noemt het een missie. Dat klopt. Ik wil bovenal dat toekomstige patiënten beter bejegend en behandeld worden dan ik. Dat is inmiddels wel gelukt. Ik zie dat de artsen die bij mijn incidenten waren betrokken organisatorisch en communicatief beter schelen dan destijds. Dat zal veel claims schelen. Maar, het kan natuurlijk altijd beter.” ■

Brandwonden door warmtedeken

Als bij MediRisk een vangnetgerelateerde claim binnenkomt, volgt een preventiegericht onderzoek

naar de werking van de vangnetten in het betreffende ziekenhuis: het case report. Zijn ze goed

nageleefd of blijken ze in de praktijk niet helemaal waterdicht? DOOR MARE BERGSMa, MEDIrISK



Illustratie: Wietse Bakker

DE CASUS

Een patiënt ondergaat een operatie aan een aneurysma van de aorta. Na afloop van de ingreep blijken beide benen aan de binnenzijde ernstig verbrand. De patiënt ontwikkelt een compartimentsyndroom in de benen waardoor verder operatief ingrijpen noodzakelijk is.

HET ZIEKENHUIS

Het hoofd van de operatieafdeling reageert namens het ziekenhuis: “Het incident kon gebeuren omdat per ongeluk een bovenverwarmingsdeken ónder de patiënt was geplaatst. Het betrof een verwarmingsdeken die we twee weken eerder op proef hadden genomen. De anesthesiemedewerkers waren van tevoren geschoold in het gebruik ervan en dit verwarmingssysteem was net als alle andere nieuwe apparatuur en materialen getest door de afdeling Medische Technologie. Op de OK was een handleiding aanwezig met daarin instructies over aansluiting van de deken en een verwijzing naar gedetailleerde instructiebladen. Deze instructiebladen waren echter nog niet beschikbaar ten tijde van het incident. De anesthesiemedewerker die de OK-tafel gereedmaakte, wist dat zij - conform het protocol ‘Verwarmen’ - bij deze ingreep met aorta-afklemming geen bovendecken mocht gebruiken. Bij het pakken van de deken uit het magazijn heeft zij per ongeluk een bovendecken gepakt en onder de patiënt gelegd. De dekens lagen niet op de gebruikelijke plaats: de bovendecken lagen op de plaats van de onderdekens. De deken is zonder verdere verificatie als matras op de operatietafel gelegd. De anesthesioloog en chirurg wisten niet dat er een

nieuw soort deken werd gebruikt. Technisch waren er geen mankementen aan de deken of het verwarmingssysteem. Tijdens een simulatie bleek wel dat de onder- en bovendecken qua uiterlijk voor verwarring kunnen zorgen. Als je beide dekens samen ziet is het verschil duidelijk, maar als je slechts één van beide ziet, is vergissing mogelijk.

MEDIrISK

MediRisk preventiemedewerker Irene van Beek behandelde het case report: “Het incident is uitgebreid besproken op de OK en heeft tot diverse verbeteracties geleid. Het gebruik van de betreffende warmtedekens is meteen opgeschort. Ook zijn de afspraken rondom gebruik van warmtedekens bij aorta-afklemming van de onderste extremiteiten gecontroleerd en opnieuw onder de aandacht gebracht van de medewerkers.

Vangnetten - MediRisk ontvangt gemiddeld vijf claims per jaar waarbij ondeskundig gebruik en ontoereikend onderhoud van materiaal en apparatuur, ondeugdelijk materiaal en ontoereikend voorraadbeheer een rol speelt. Specifieke gebruikersinstructies en checklists bij preoperatieve controle van apparatuur en materialen zijn goede vangnetten om dit te voorkomen.

Op www.medirisk.nl/kennisbank vindt u hiervoor handige protocollen en werkwijzen.

De afspraken over de aanschaf van nieuwe materialen zijn aangescherpt en vastgelegd. Materialen die op proef zijn, worden voortaan niet in het reguliere magazijn opgeslagen, maar in een aparte ruimte. Binnen de maatschap anesthesiologie is verder aandacht besteed aan de bewustwording van verantwoordelijkheden van medisch specialisten bij onderhoud en beheer van medisch apparatuur. Besloten is om regelmatig een apparaat te bespreken, zowel wat betreft gebruik als voor de contra-indicaties. Ook is tijdens de stafvergadering uitgebreid aandacht besteed aan het incident.” MediRisk heeft in deze casus geen sanctie opgelegd. Strikt genomen is het vangnet niet helemaal nageleefd omdat ten tijde van het incident de specifieke gebruikersinstructies ontbraken. Het pakken van de verkeerde deken zonder te verifiëren of dit de juiste was, heeft echter geen directe relatie met de afwezigheid van de gebruikersinstructies. Ook heeft het ziekenhuis voldoende maatregelen genomen om een dergelijk incident in de toekomst te voorkomen. Een extra preventieprikkel in de vorm van een sanctie was daarom niet aan de orde. ■

Geruchten in de wandelgangen

St. Elisabeth reageert op subtiele signalen bij mogelijk disfunctioneren

Binnen ziekenhuizen wordt hard gewerkt aan het signaleren van 'matig' functionerende specialisten en de aanpak daarvan. Het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg gaat nog een stukje verder en grijpt alvast in bij geruchten in de wandelgangen. Om te voorkomen dat een arts die misschien niet optimaal functioneert ongemerkt gaat disfunctioneren. DOOR MATTHIJS BUIKEMA

Het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg gebruikt voor het signaleren en aanpakken van mogelijk slecht functionerende medisch het reglement *Mogelijk Disfunctioneren Medisch Specialist (MDMS)*, dat de meeste ziekenhuizen kennen. Een door het stafbestuur ingestelde commissie oordeelt dan over een specialist op basis van een officiële melding van mogelijk disfunctioneren. "Het MDMS is in de afgelopen jaren een beperkt aantal keren in het St. Elisabeth toegepast," zegt orthopedisch chirurg Jacob Caron, tevens voorzitter van de medische staf. "Steeds viel op dat de betrokken specialist zich in het nauw gedreven voelt. Tegenover het beoordelend college van doorgaans oud-stafleden voelt de aangesproken arts zich zeer kwetsbaar en soms ook werkelijk gekwetst." Dit bleek ook de ervaring van de commissieleden van het beoordelend college. Een ander zwak punt is volgens Caron dat de maatregelen en uitkomsten van het verbeteringstraject van de betrokken arts onvoldoende vervolg krijgen. "Door deze ervaringen én het gevoel dat de procedure beperkt tot verbetering leidt, wordt het reglement in bescheiden mate en met grote terughoudendheid toegepast."

EVALUATIEGESPREKKEN

Daarom is vorig jaar na een pilot met zeven andere ziekenhuizen de IFMS-systematiek (*Individueel Functioneren van Medisch Specialist*) ingevoerd. Hierbij krijgt ieder staflid, na enquêtes met patiënten, stafleden en andere medewerkers, om de drie jaar een evaluatiegesprek. De gesprekken worden onder leiding van een als gespreksleider getrainde collega gehouden. Dit is nadrukkelijk een onafhankelijk persoon. In het merendeel van de gevallen, zo blijkt, gaan deze gesprekken over normaal functioneren van de betreffende specialist. "Dat collega's elkaar beoordelen, werkt krachtig," zegt Caron, "maar het kan ook nadelig werken vanwege de onderlinge verbondenheid. Het is voor ons nog niet duidelijk of deze systematiek het disfunctioneren van een arts kan voorkomen en of deze de raadgevingen van collega's ter harte zal nemen. Daarnaast hangt de kwaliteit van de beoordelingen samen met de kennis en kunde van de beoordelaars."

SUBTIELE SIGNALLEN

Na een analyse van beide instrumenten bleek, althans in de visie van het St. Elisa-

beth Ziekenhuis, dat er tussen het IFMS en het MDMS een gebied ligt waarin het niet optimaal functioneren van een medisch specialist zich ongemerkt kan ontwikkelen tot een disfunctioneren. "Iedereen weet dat er in de wandelgangen verhalen circuleren over het functioneren van individuele specialisten," zegt Caron. "Dat Jansen zich heeft misdragen in de klachtencommissie, dat er met Pieters niet valt samen te werken, dat patiënten niets meer met De Vries te maken willen hebben. Dat zijn subtiele signalen dat er mogelijk iets aan de hand is. Het stafbestuur heeft de verantwoordelijkheid om daar iets mee te doen en preventief in te grijpen."

Het St. Elisabeth Ziekenhuis heeft het reglement MDMS begin dit jaar daarom aangevuld met het artikel *Subtiele signalen*. Subtiele signalen kunnen afkomstig zijn van stafleden, bestuur, management, patiënten of externen zoals huisartsen. Nadat de melding eerst bij de melder is getoetst, gaan twee leden van het stafbestuur informeel met de betrokken specialist praten. Caron, initiatiefnemer van het project: "Iedere specialist is verantwoordelijk voor zijn eigen kwaliteit,



'Iedereen weet dat er in de wandelgangen verhalen circuleren over het functioneren van individuele specialisten. Het stafbestuur moet daar iets mee doen.'

Foto: Zorginbeeld/Frank Muller

is daarop aanspreekbaar en moet bereid zijn tot zelfreflectie. In zo'n informeel gesprek komt dat tot uitdrukking. We vragen wat hij van de verhalen vindt en, als dat passend is, wat hij anders kan doen. Dat kan, hopen we, niet optimaal functioneren van collega's voorkomen. Na zes weken volgt een tweede gesprek. Als dan niets is veranderd en de verhalen blijven rondzingen, kan het reglement MDMS alsnog worden toegepast." De gespreksverslagen gaan, met naam en toenaam, naar de Raad van Bestuur. "Die is uiteindelijk verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg."

ELKAAR AANSPREKEN

Sinds begin dit jaar zijn in het St. Elisabeth Ziekenhuis drie van dit soort gesprekken gevoerd. "Die gingen goed," aldus Caron. "Meestal kent de specialist de verhalen zelf ook. Soms kan hij uitleggen waarom hij zo handelde, soms geeft hij een andere kijk op de zaak. Een enkele keer bleek de maatschap zelf al actie te hebben ondernomen." Om de veiligheid te vergroten worden op verzoek

MediRisk helpt - Bij het beoordelen van de veiligheid en het functioneren van een vakgroep of individuele specialist, wordt nog weinig gebruikgemaakt van claims en de mogelijkheid om deze naast andere signalen te leggen. MediRisk stuurt twee keer per jaar een digitaal claimoverzicht naar alle aangesloten ziekenhuizen. Deze overzichten kunnen naast andere gegevens worden gehouden, zoals klachten en incidentmeldingen. Voor een aantal ziekenhuizen stelt MediRisk ook een risicoprofiel op. Met deze service kunnen zij hun schadegegevens vergelijken met alle bij MediRisk aangesloten ziekenhuizen en een referentiegroep. Door te vergelijken kan 'veel' of 'weinig' ineens een andere betekenis krijgen. Via de schadecontactpersoon of de Raad van Bestuur van uw ziekenhuis kunt u meer informatie krijgen over de claims die bij MediRisk zijn gemeld.

van de medische staf ook anonieme signalen in behandeling genomen. Maar dat is lastig, vindt Caron, omdat deze meldingen niet vooraf met een melder besproken kunnen worden. "We moeten zien hoe dat gaat uitpakken. We hebben ze tot nog toe niet meegemaakt." Caron hoopt dat zijn initiatief zal bijdragen tot een cultuur waarin professionals de verantwoording nemen elkaar eerder aan te spreken bij eventuele problemen. Op dit vlak is nog duidelijke winst te boeken. "Het instrument *Subtiele signalen* maakt aanmerkingen op individueel functi-

oneren eerder en minder bedreigend zichtbaar. Het betrokken stafbestuur speelt hierbij vooral een preventieve rol ten aanzien van een niet optimaal functionerende specialist, in plaats van een herstellende rol ten aanzien van een specialist die al disfunctioneert. Dat vraagt om een actief en assertief stafbestuur met gemandateerd en geaccepteerd gezag. Instrumenten als *Subtiele signalen*, IFMS en MDMS werken alleen in een cultuur waarin openheid, collegialiteit en verdeling van verantwoordelijkheden belangrijke aspecten zijn." ■

MediRisk in het land

MediRisk heeft de afgelopen periode weer veel ziekenhuizen bezocht, gesprekken gevoerd en bijdragen geleverd aan verscheidene activiteiten. Zo verrichtten riskmanagers van MediRisk een pilot-audit op de SEH en de OK van de MC I Groep. In het Albert Schweitzer Ziekenhuis en Deventer Ziekenhuis werkte MediRisk mee aan trainingen voor arts-assistenten, waarbij onderwerpen als dossiervoering, *informed consent* en de communicatie over incidenten aan de orde kwamen. Wilt u ook ondersteuning of begeleiding bij uw (preventie)activiteiten? U kunt een verzoek indienen bij het preventieteam van MediRisk via medirisk@vva.nl.

SINT LUCAS ANDREAS ZIEKENHUIS SLAZ-pass

Sint Lucas Andreas Ziekenhuis Patient Safety System, kortweg SLAZ-pass. Met deze checklist kunnen zorgverleners van de vakgroep Heelkunde op elk moment in het chirurgische traject gegevens van de operatiepatiënt controleren. Zo kunnen zij problemen vroegtijdig opsporen en verloopt de overdracht van de patiënt tussen de verschillende operatiedisciplines meer gestructureerd en dus veiliger. De SLAZ-pass werd eind november 2009 in gebruik genomen en de eerste ervaringen zijn positief. "We zien wel dat de checklist nog niet altijd door iedereen wordt ingevuld," zegt veiligheidsfunctionaris Heleen Vermeulen. "We koppelen de checklist momenteel aan het EPD van Heelkunde, waardoor het invullen waarschijnlijk gemakkelijker wordt. Als het perfect werkt, gaan we de checklist ook op andere afdelingen gebruiken." De SLAZ-pass is een samenvoeging van diverse checklisten, waaronder het opnameformulier en de TOP+-procedure. Meer informatie: www.slaz.nl.



LIEVENSBERG ZIEKENHUIS

Bewust worden van onveilige situaties

Om de veiligheidscultuur binnen een ziekenhuis te vergroten, is het belangrijk dat medewerkers én bestuurders zich bewust zijn van onveilige situaties. Daarom maakt de Raad van Bestuur van het Lievensberg ziekenhuis sinds kort Veiligheidsrondes op alle afdelingen met patiëntencontacten. Niet om te kijken of iedereen zich aan de regels houdt, maar om zichzelf en de medewerkers van nieuwe inzichten te voorzien. Ter voorbereiding op de eerste veiligheidsrondes kregen verpleegkundigen opdracht foto's te maken van onveilige en veilige situaties op hun afdeling. De foto's waren onderwerp van gesprek tijdens de Veiligheidsrondes. Na afloop zijn de bevindingen teruggekoppeld naar de afdelingen en verbeteracties uitgevoerd. Meer informatie over dit praktijkvoorbeeld staat op www.medirisk.nl/kennisbank.

VACATURES

MediRisk zoekt...

- een ervaren **MEDISCH ADVISEUR** met praktijkervaring in de chirurgie/traumatologie
- een **JURIST SCHADEBEHANDELING** met kennis van het aansprakelijkheids- en schadevergoedingsrecht

Meer informatie over deze vacatures is te vinden op www.medirisk.nl.

Cursus voorkomen onbedoeld achterblijven van materialen

Docent en operatieassistent Paul Meijsen heeft een cursus ontwikkeld voor het invoeren van compleetheidsprocedures en andere maatregelen om het onbedoeld achterblijven van materialen te voorkomen. Het tellen van gazen, instrumenten, disposables en hecht-naalden heeft de afgelopen tijd mede dankzij de OK-vangnetten van MediRisk en de LVO-richtlijn een flinke impuls gekregen, maar het doorvoeren van veranderingen blijkt in de praktijk lastig. De cursus is bedoeld voor operatieassistenten. MediRisk levert een bijdrage door het verzorgen van een cursusdag over vangnetten, schadepreventie en risicomanagement. Voor meer informatie over de cursus kunt u mailen naar p.meijsen1@chello.nl.



Foto: Nout Steenkamp

ORBIS MEDISCH CENTRUM

Patiënten helpen bij betere communicatie

Communicatie tussen zorgverlener en patiënt is cruciaal om een behandeling en verblijf in het ziekenhuis zo veilig mogelijk te laten verlopen. Omdat communicatie van twee kanten moet komen, roept Orbis Medisch Centrum actief de hulp in van haar patiënten. Via de film *Patiëntenparticipatie* geeft Orbis concrete tips en adviezen die patiënten kunnen gebruiken in gesprekken met de zorgverleners tijdens hun behandeling en verblijf in het ziekenhuis. Meer informatie: www.orbisconcern.nl/omc/algemeen/patientveiligheid.



Brochure OK-project

De brochure *Op elke plek een check! OK-vangnetten in ieder ziekenhuis* die MediRisk begin april heeft rondgestuurd, is enthousiast ontvangen. De brochure vermeldt de resultaten die met het omvangrijke OK-project zijn geboekt. Door de praktijkverhalen en casuïstiek dient het tevens als praktisch naslagwerk bij het scherp blijven op de risico's. Heeft u de brochure niet gekregen? Kijk dan op www.medirisk.nl > schadepreventie > OK-project.



Goed voorbereid op de nieuwe gedragscode

"Het zal voor veel zorgverleners een *eyeopener* zijn dat ze volgens de GOMA voortaan móeten toegeven dat er iets is misgegaan. Zo kunnen ze ook onderling gemakkelijker over fouten praten." Die verwachting sprak jurist Mieke van den Bergh van het Maasstad Ziekenhuis uit tijdens één van de twee symposia die MediRisk onlangs organiseerde vanwege de nieuwe gedragscode GOMA (zie pagina 16). Naast de veranderingen die de gedragscode met zich meebrengt, is uitgebreid stilgestaan bij het belang van preventie. Meer informatie over de gedragscode is te vinden op www.medirisk.nl > medische aansprakelijkheid > gedragscode.

Nieuw lid Raad van Commissarissen

MediRisk is blij met de komst van Maarten Dijkshoorn als lid van de Raad van Commissarissen. Dijkshoorn is als bestuurder werkzaam geweest bij onder andere Nationale Nederlanden en Achmea en heeft specifieke deskundigheid op het gebied van actuariaat, econometrie en de verzekeringswereld. Mevrouw T. Hirschler-Schulte (RvB Deventer Ziekenhuis) en de heer J. van Eijndhoven (RvB Zorggroep Noorderbreedte) hebben afscheid genomen. Medewerkers en bestuur van MediRisk danken beide hartelijk voor hun jarenlange inzet en betrokkenheid bij MediRisk.

MediRisk boekt positief resultaat in 2009

Door de ontwikkelingen in de markt en strengere eisen van toezichthouders moest MediRisk in 2009 net als andere verzekeraars een organisatorische herstructurering doorvoeren. Diverse maatregelen hebben ervoor gezorgd dat MediRisk over 2009 een positief resultaat van € 0,5 miljoen heeft geboekt. Het ledental is stabiel gebleven. Naast enkele vertrekkende leden, is er een nieuwe zorginstelling bijgekomen: Stichting Apotheek der Haarlemse Ziekenhuizen. Het aantal aangesloten instellingen komt daarmee op 68. Op verzoek van de leden gaat MediRisk de komende periode verder met het ontwikkelen van een nieuw preventiebeleid.

Sorry zeggen moet en mag

Jaarlijks lopen circa dertigduizend patiënten tijdens de behandeling schade op. De weg die zij daarna volgen om verhaal te halen ligt vaak bezaaid met obstakels en leidt bij sommige patiënten tot grote frustratie. Met de *Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid*, die op 16 juni is gepresenteerd, weet iedereen hoe en wanneer de schadeafhandeling zal verlopen. **DOOR ANNEMIEK MANUEL**

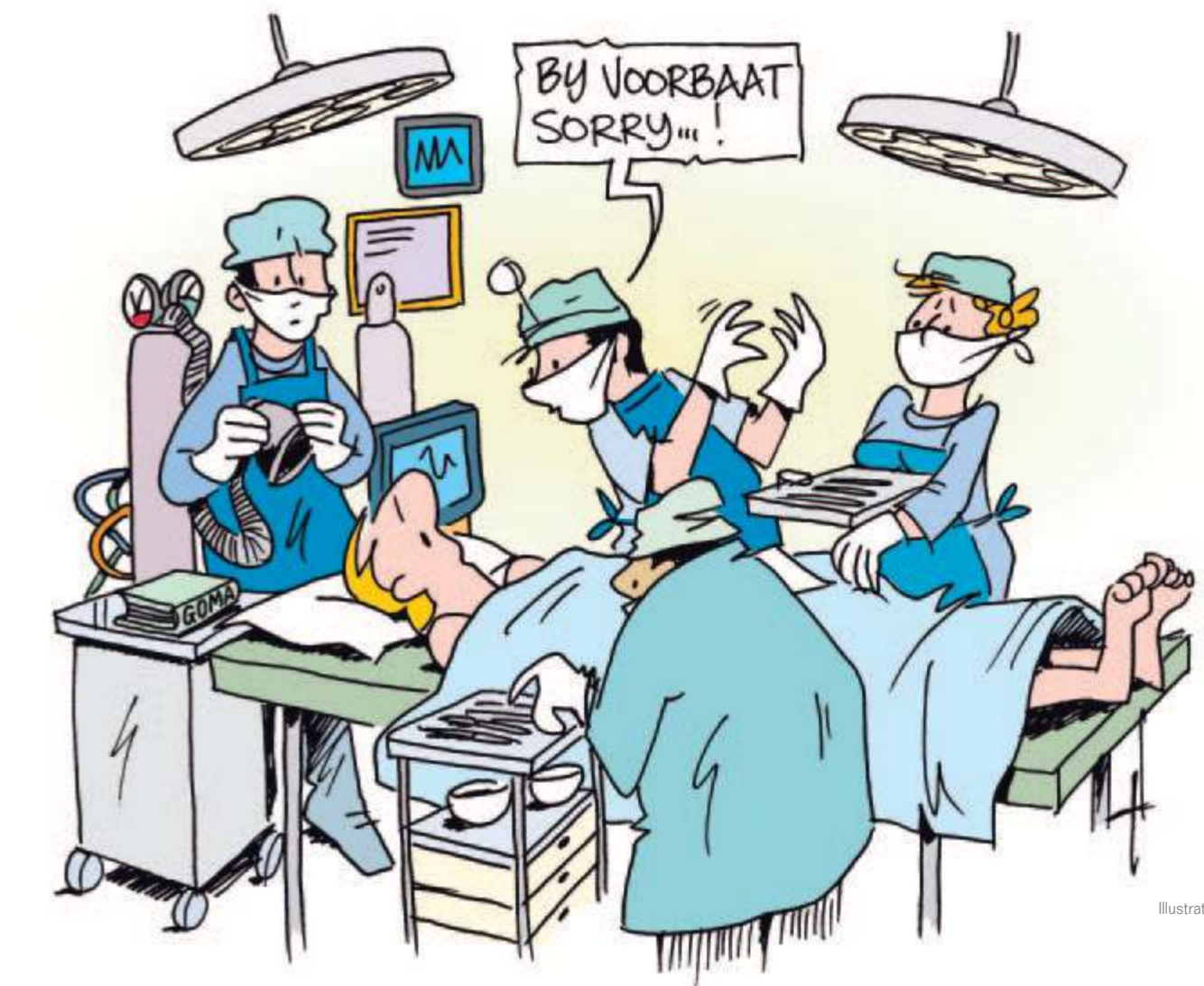
In 2008 bracht Stichting De Ombudsman het rapport *Over leven in de medische letselschadepraktijk* uit. Daarmee richtte zij de aandacht op het traject dat een patiënt na een medische fout doorloopt en welke obstakels daar liggen. De conclusies waren helder: het is voor patiënten lastig en vaak tijdrovend om hun recht te halen en ze worden lang niet altijd juist bejegend. Bovendien wordt de discussie over aansprakelijkheid buiten het gezichtsveld van de patiënt gevoerd. De Ombudsman kwam in het rapport met vijftien aanbevelingen. Zo moet de patiënt voorafgaand aan de behandeling beter worden geïnformeerd over de behandeling en risico's. De zorgaanbieders moeten meer zorg besteden aan het opstellen van het medisch dossier en het

toelichten van ontstane schade aan de patiënt. En de schadeverzekeraars moeten meer openheid en communicatie met de patiënt betrachten bij de aansprakelijkstelling en verdere afhandeling. De medische letselschadeverzekeraars zouden zich bovendien moeten committeren aan de Gedragscode Behandeling Letselschade (GBL) van het Verbond van Verzekeraars, zo besloot het rapport.

LEEMTE
Maar de GBL richt zich voornamelijk op de schadevergoeding en is daarom niet volledig toepasbaar bij de letselschades die voortvloeien uit medische aansprakelijkheid. Hierbij is het namelijk belangrijk eerst de oorzaak - de causaliteit - te onderzoeken en

of een zorgverlener daar aansprakelijk voor is. "Het vaststellen van de medische aansprakelijkheid is veel complexer dan bij schade door bijvoorbeeld een verkeersongeluk," licht Marianne van der Helm, schadebehandelaar bij MediRisk, toe. "Eerst moet helder zijn hoe de schade is ontstaan en in hoeverre die kan worden toegerekend aan de tekortkoming van de zorgaanbieder. Daarna bekijken we welke schade de patiënt in financiële zin heeft geleden." De Letselschade Raad heeft daarom samen met verzekeraars, patiëntenorganisaties en de zorgsector het initiatief tot een specifiekere gedragscode genomen. "De GOMA biedt aanbevelingen en *good practices* om open en transparant te communiceren tussen de betrokken partijen, waarbij de patiënt centraal staat en er voortvarend kan worden gewerkt," aldus Van der Helm.

DISCUSSIEPUNTEN
De GOMA is op initiatief van De Letselschade Raad tot stand gekomen door een projectgroep met vertegenwoordigers van MediRisk, Centramed, KNMG, NPCF, rechtsbijstandverzekeraars, advocatuur, het ministerie van Justitie, de vereniging van Geneeskundig Adviseurs bij Verzekeringsmaatschappijen en de stichting Personenschade Insti-



Illustratie: Ad Oskam

tuut van Verzekeraars. Twee discussiepunten speelden daarbij een belangrijke rol. "Wij hebben ons ervoor ingezet dat ook de voorfase, de fase voorafgaand aan de aansprakelijkstelling, werd meegenomen in de GOMA," aldus Marjolein de Booy, manager Kwaliteit bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). "Het is juist in die fase enorm belangrijk dat patiënten heldere informatie krijgen. Over de risico's die zij bij hun behandeling lopen, over de oorzaak en gevolgen van de ontstane schade, over hetgeen de zorgaanbieder zal doen om de schade te herstellen en over de eventuele vervolgstappen die zij zelf kunnen zetten. Juist de onzekerheid en onduidelijkheden die een patiënt in die fase door gebrek aan openheid en erkenning ervaart, vormen de basis voor frustratie en boosheid. Als je die onzekerheid en onduidelijkheden voorkomt, neem je een belangrijke angel weg bij het

vervolgtraject." Volgens de GOMA moet de zorgaanbieder zo snel mogelijk - binnen 24 uur na het ontdekken van een incident met (mogelijke) gevolgen - contact opnemen met de patiënt. Deze moet vervolgens geïnformeerd worden over de toedracht. Bij fouten is het cruciaal dat de zorgaanbieder de fout erkent en zijn verontschuldigen aanbiedt. Het tweede discussiepunt had betrekking op het toegeven van fouten aan de patiënt. Johan Legemaate, juridisch adviseur van de KNMG en bijzonder hoogleraar gezondheidsrecht aan de Vrije Universiteit: "Het was cruciaal dat iedereen zich daarachter zou scharen. Zorgverleners moeten zonder angst voor de schadeverzekeraar kunnen uitleggen wat er is misgegaan, dat zij het anders hadden moeten doen en dat het hen spijt. Dat mocht al van de verzekeraars, maar er bestond veel onduidelijkheid over het


hoe en wanneer. Daardoor reageerden zorgverleners vaak krampachtig bij het geven van een toelichting op hetgeen was gebeurd. Met de GOMA is die onduidelijkheid weggenomen: sorry zeggen tegen de patiënt moet. Dat mag van de verzekeraar."

SNELLE AFHANDELING
De negentien aanbevelingen in de GOMA reiken vanaf het bespreken van de risico's van de behandeling tot en met afspraken over een snelle, zorgvuldige afhandeling van het schadebehandelingstraject. Samengevat dienen alle partijen met elkaar samen te werken aan vlotte, heldere en open informatieverstrekking aan de patiënt en aan elkaar. De GOMA maakt het traject voor alle partijen en transparanter. Het bewaakt tegelijkertijd de voortgang van het proces en beperkt de kosten en de belasting voor alle betrokken partijen. De Booy: "De NPCF heeft een bro-

chure ontwikkeld voor patiënten als de behandeling anders uitpakt. Hierin bieden we duidelijkheid over de procedure die volgt, wat een patiënt mag verwachten van het ziekenhuis en de zorgverleners en wat hij of zij als patiënt zelf kan doen als er iets is misgegaan. Hierin staan ook de verschillende stappen toegelicht die een patiënt kan ondernemen en waar hij voor meer hulp terecht kan. Er zijn ziekenhuizen die deze informatie zelf al verstrekken via een klachtenfolder of op hun website, maar de onafhankelijkheid van de NPCF is erg belangrijk voor een patiënt in die situatie.”

GEZAMENLIJKE VERANTWOORDELIJKHEID
Van der Helm van MediRisk: “Alle partijen, met name de patiënt, zijn naast een zorgvuldige beoordeling en afwikkeling gebaat bij snelheid. Daarom zullen wij als aansprakelijkheidsverzekeraar binnen drie maanden na ontvangst van de aansprakelijkstelling een onderbouwd standpunt over de aansprakelijkheid innemen. Als dat niet lukt, informeren we de patiënt binnen deze termijn over de reden en het eventueel aanvullend onderzoek dat wordt uitgevoerd. Uiteraard streven we ernaar om de zaak zo snel mogelijk af te handelen, al zullen er altijd zaken

zijn die vanwege de complexiteit meer tijd vergen. Concreet betekent dit dat we onze werkprocessen aan de GOMA moeten aanpassen en dat we de patiënt nog meer centraal gaan stellen.” De aanbevelingen in de GOMA brengen verwachtingen met zich mee waaraan ook de ziekenhuizen die bij MediRisk zijn aangesloten moeten voldoen, benadrukt Van der Helm. “Zorgaanbieders moeten de patiënt niet alleen zo snel mogelijk informeren over een incident en nazorg bieden, maar ook alle relevante medische gegevens verzamelen en veiligstellen. Een ziekenhuis moet een claim binnen vijf werkdagen aan ons melden. Om de claim sneller af te handelen kan het ziekenhuis in afwachting van een door de patiënt ondertekende medische machtiging alvast alle voor het incident relevante gegevens verzamelen en naar ons opsturen. Het is belangrijk dat iedereen de noodzaak daarvan inziet en dat schadecontactpersonen in ziekenhuizen of MediRisk niet achter medische dossiers of reacties van betrokken zorgverleners aan moeten jagen. Daar zullen we harder achteraan zitten. Morgen niet ontvangen, betekent morgen bellen en niet nog een week wachten in de veronderstelling dat het misschien nog komt. Dat vraagt om een cultuuromslag bij zowel de ziekenhuizen als bij ons. De GOMA navolgen is een gezamenlijke verantwoordelijkheid, dus laten we er samen scherp op zijn.”

 De GOMA en de 19 aanbevelingen zijn te vinden op www.letselschaderaad.nl/goma. Op www.medirisk.nl kunt u de brochure ‘Uw schadeclaim, wat gebeurt er mee?’ downloaden.



GOMA-verwachtingen - De negentien aanbevelingen van de GOMA brengen volgens Marianne van der Helm, schadebehandelaar bij MediRisk, verwachtingen met zich mee voor zowel zorgaanbieder als aansprakelijkheidsverzekeraar. Zij geeft een overzicht:

Wat de patiënt van de zorgaanbieder kan verwachten bij een incident:

- De zorgaanbieder biedt adequate (na)zorg ter beperking van schade
- De zorgaanbieder reageert zorgvuldig op met name emotionele aspecten
- Hij communiceert open en duidelijk over het incident en de (vervolg)behandeling
- Aard, toedracht en gevolgen van het incident worden opgenomen in het dossier
- De zorgaanbieder neemt binnen 24 uur contact op met patiënt of diens naasten
- Hij onderzoekt de oorzaak en neemt maatregelen om herhaling te voorkomen
- Hij erkent fouten en biedt verontschuldiging aan, zonder zich uit te laten over aansprakelijkheid
- De zorgaanbieder verzamelt (medische) gegevens en verklaringen en stelt deze veilig

Wat de patiënt van de zorgaanbieder kan verwachten bij een klacht of claim:

- De patiënt krijgt schriftelijk informatie over de verschillende mogelijkheden voor het indienen van een klacht of claim, bij voorkeur een brochure
- De zorgaanbieder zorgt voor een rechtvaardige en toereikende klachtenafhandeling en -bemiddeling
- Heeft de patiënt geen belangenbehartiger, dan informeert de zorgaanbieder de patiënt in grote lijnen over het verloop van de claimbehandeling
- De zorgaanbieder meldt de claim per omgaande bij de verzekeraar
- De zorgaanbieder verzamelt direct de relevante medische gegevens en stuurt die desgevraagd aan de patiënt of - na daartoe ontvangen machtiging - aan diens belangenbehartiger
- De zorgaanbieder vraagt direct de betrokken behandelaar(s) om commentaar op de aansprakelijkstelling

Wat de patiënt van de aansprakelijkheidsverzekeraar kan verwachten:

- De verzekeraar maakt zich per omgaande, maar uiterlijk binnen 2 weken na ontvangst van de aansprakelijkstelling, als betrokken partij bekend bij de afzender
- In ernstige zaken kan de verzekeraar een gesprek arrangeren met de patiënt en diens eventuele belangenbehartiger voordat een standpunt wordt ingenomen
- De verzekeraar stuurt met de ontvangstbevestiging een brochure aan de patiënt, waarin is beschreven op welke wijze het beoordelingstraject verloopt en wat de patiënt van de verzekeraar kan verwachten
- Heeft de patiënt geen belangenbehartiger, dan wijst de verzekeraar hem op die mogelijkheid en de kosten daarvan
- De verzekeraar neemt binnen 3 maanden na ontvangst van de aansprakelijkstelling een onderbouwd standpunt in
- Is 3 maanden niet haalbaar, dan meldt de verzekeraar dit met opgaaf van redenen en geeft hij aan wanneer de patiënt alsnog een reactie kan verwachten

Juridische kwestie

DOOR INGRID TERLIEN-WEZENBERG, MEDI RISK

De Zaak

Mevrouw A. (41) heeft last van een huid-aandoening met kleine rode plekjes op haar beide bovenarmen. Omdat de plekjes zich steeds verder uitbreiden en gepaard gaan met erge jeuk, gaat ze bij haar huisarts langs. Deze denkt in eerste instantie aan een bacteriële infectie. Omdat mevrouw nierpatiënte is, verwijst de huisarts haar naar een dermatoloog. Na onderzoek vindt de dermatoloog vooral excoriaties (krabeffecten). Dit is een bekende bijwerking van mensen die nierdialyse ondergaan. Nierpatiënten krijgen meestal eerst op proef lokale hormooncrèmes om de huidklachten te behandelen. Bij onvoldoende resultaat volgt vaak een UVB-lichttherapie, zoals bij mevrouw A. gebeurt. Hoewel de situatie bij mevrouw A. in eerste instantie lijkt te verbeteren, treedt er later toch een verergering op van de aandoening. Uiteindelijk blijkt na enkele maanden toch sprake te zijn van een bacteriële infectie, zoals de huisarts eerder vermoedde. De infectie is explosief verergerd door het *delay* in de diagnose en de lichtkuur onder de zonnebank.

Wie is aansprakelijk?

De notities in het dossier van de dermatoloog met betrekking tot de polibezoeken zijn uitermate summier. Dit betekent dat er sprake is van een bewijslastprobleem. De dermatoloog heeft de anamnese en de uitgevoerde onderzoeken en behandelingen onvoldoende beschreven. Volgens de patiënte is er geen lichamelijk onderzoek verricht en enkel uitgegaan van de bekende bijwerking van mensen met nierdialyse. Bij patiënten met nierinsufficiëntie en eventueel daardoor te verklaren klachten van de huid dient specifiek onderzoek plaats te vinden,

en dat kan in deze kwestie niet worden aangetoond. Het niet direct stellen van de juiste diagnose is op zich onvoldoende bewijs voor onzorgvuldig handelen. Omdat uit de medische gegevens niet kan worden opgemaakt of er zorgvuldig onderzoek is verricht, treft MediRisk een minnelijke regeling met mevrouw A.


Bepaling van de schadevergoeding

De schade bestaat uit een langer bestaande en verergerde huidontsteking. MediRisk keert in totaal een bedrag van € 5000 uit, onder andere voor de extra reiskosten die de patiënte voor de ziekenhuisbezoeken heeft moeten maken. Ook is er een deel smartengeld voor de klachten die zij door het *delay* in de diagnose heeft ondervonden. Ongeveer de helft van de schadevergoeding is bestemd voor de belangenbehartiger van de patiënte.

Preventie

Zaken die vaak een rol spelen bij claims zijn onzorgvuldige communicatie én onzorgvuldige en onduidelijke dossiervoering. Dossiervoering is niet alleen wettelijk geregeld, maar vooral noodzakelijk in het belang van de continuïteit en kwaliteit van zorg. Ook is het van belang om een goed oordeel te kunnen vormen over het verloop van een behandeling als het mis gaat. Zorgverleners moeten in dat geval immers inzichtelijk kunnen maken waaruit de verrichte onderzoeken en behandelingen hebben bestaan. Een gebrekkige dossiervoering heeft negatieve gevolgen voor zowel de patiënt, die zijn recht op informatie niet kan effectueren, als voor de zorgverlener, die in een juridische procedure kan worden geconfronteerd met een omkering van de bewijslast. Deze casus illustreert dit nog eens.

Dossierplicht - De dossierplicht van hulpverleners is wettelijk geregeld. Niet alleen in het Burgerlijk Wetboek, maar ook in de WGBO en de GOMA. Zo luidt artikel 2 van de GOMA: De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de dossiers van de patiënt op adequate wijze en tijdig worden bijgehouden. In het geval van een incident met (mogelijke) gevolgen voor de patiënt wordt informatie in het dossier opgenomen over de aard en toedracht van het incident en over de (mogelijke) gevolgen van het incident voor de patiënt.

 Kijk ook op www.medirisk.nl.

Kort en bondig inlichten werkt goed

Situation-Background-Assessment-Recommendation, SBAR voor insiders. Dit scenario voor gesprekken waaide enkele jaren geleden over uit de Verenigde Staten en krijgt ook hier steeds meer voet aan de grond. Alert vroeg zorgverleners in verschillende ziekenhuizen naar hun ervaringen. Is SBAR inderdaad hét wondermiddel om slechte communicatie aan het bed te voorkomen?

DOOR KARIN BOS

Voor al beginnende verpleegkundigen kennen het. De patiënt verslechtert en je wilt dat de arts snel komt. Maar blijkbaar ben je aan de telefoon niet helder genoeg; je laat je afroeven. Als je ophangt besef je dat je het alleen moet oplossen. Terwijl elke seconde telt... Het kán ook anders. Met SBAR. Door vier vaste stappen te doorlopen, komen gesprekken snel tot de kern, zijn er geen losse eindjes en is er uiteindelijk altijd een duidelijke afspraak. In theorie dan. Of de praktijk ook zo werkt, testen we met een belronde langs het Beatrixziekenhuis (Gorinchem), Medisch Spectrum Twente (Enschede), de Isala Klinieken (Zwolle) en het Amsterdamse Onze Lieve Vrouwe Gasthuis.

KORT EN BONDIG

SBAR lijkt op dit moment vooral populair bij de Spoed Interventie Teams (SIT), die de laatste tijd in veel ziekenhuizen worden ingesteld. Geen wonder, want juist bij vitaal bedreigde patiënten is adequate communicatie tussen zorgverleners van levensbelang. Teamleider IC bij het Beatrixziekenhuis, Tinie Hentenaar, is nog druk bezig met de implementatie, maar ziet al volop voordeel. "Soms is het voor verpleegkundigen moeilijk onder woorden te brengen waarom er

actie nodig is. Maar een arts wil concrete informatie. Wat is er aan de hand, wat was de opnamediagnose, hoe schat je de situatie in en wat denk je dat er moet gebeuren? De kans dat hij of zij langskomt is dan vele malen groter." Exacte cijfers heeft Hentenaar niet. Daarvoor is het nog te vroeg in het traject. SIT-oproepen vinden sinds juni plaats en de interne werkgroep rondt het complete project pas eind 2011 af. Maar dat verpleegkundigen straks een tool in handen hebben om de arts kort en bondig in te lichten zal enorm helpen, verwacht ze. Zeker in combinatie met een nieuwe scorekaart op zakformaat, waarmee je punten toekent aan hart- en ademfrequentie, bloeddruk, temperatuur en bewustzijn. Op de achterkant van het kaartje staan de SBAR-stappen. Hentenaar: "Veel hoofdbehandelaars laten het contact met de verpleegkundige over aan de arts-assistent. Maar die weet ook niet alles. In de nieuwe opzet zit er bij de hoogste score hooguit anderhalf uur tussen het eerste, door SBAR gestructureerde contact met de arts-assistent en de uiteindelijke inzet van het interventieteam. Eindelijk houvast!" De opzet van het SIT vindt plaats binnen het kader van de COMET-studie. Dit is een verzameling door het AMC genitieerde projecten, waardoor ernstig zieke patiënten makkelijker te identificeren zijn.

SNEL TOT DE KERN

Voor Mariëlle Masselink adviseur kwaliteit en veiligheid van de Isala Klinieken hoort SBAR al langer bij de dagelijkse praktijk. Eind dit jaar zullen alle afdelingen – en het nieuwe SIT – in Zwolle zijn getraind, maar ons Centrum Patiëntveiligheid Isala biedt ook trainingen aan andere ziekenhuizen. "Dan heb ik het niet zozeer over de combi SBAR en SIT, maar over 'gewone' SBAR-trainingen in het kader van patiëntveiligheid. Dat is min of meer toevallig ontstaan en de aanvragen van andere ziekenhuizen blijven binnenstromen. Wij helpen graag, want bij dit soort zaken moet je de beschikbare kennis en materialen zonder voorbehoud delen. En dus komt onze trainer Anne Marie van Rijn op heel veel ziekenhuisafdelingen over-

al in het land." Wat Masselink betreft is het bij SBAR vooral belangrijk dat je goed voorbereid het gesprek met de arts ingaat. Met behulp van de vier stappen weet je al voordat je gaat bellen wat je de arts-assistent wilt vertellen. "En wij hebben nog een vijfde stap toegevoegd. Een extra R. Die staat voor Repeat: herhaal wat de ander zegt. Als de arts zegt dat hij er over tien minuten is, bevestig je dat: 'Dus u bent er over tien minuten'. Dat is trouwens niet de enige aanpassing. We hebben de termen ook vertaald naar het Nederlands, zonder de afkorting te veranderen. SBARR staat bij ons voor: Situatie-Behandeling-Analyse-Respons-Repeteer." De training die het Centrum verzorgt, duurt maximaal anderhalf uur. In die korte tijd oefenen deelnemers gesprekken zonder en met SBARR. Het verschil merk je meteen. "Het is een geweldige middel. Niet alleen aan het bed. Ik gebruik het overal. Zelfs als ik een gesprek met de Raad van Bestuur heb, pak ik de methodiek erbij. Als een soort elevator pitch, waarbij je in een minuut de kern van de zaak uit de doeken doet. Het mooie is dat er geen misverstand kan bestaan over wat je wilt. En je voorkomt vage afspraken.

ONDERVANGEN VAN SEPSIS

Verpleegkundige Ilona van Pelt studeerde vorig jaar af op het tijdig herkennen van klinische achteruitgang en werkt in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) in Amsterdam. Samen met medestudente Marit Verweij produceerde ze de scriptie *Alert op achteruitgang*. Waarbij de nadruk ligt op de rol van de verpleegkundige bij het snel onderkennen van sepsis: doodsoorzaak nummer één op de IC. "SBAR kwamen we voor het eerst tegen bij het zogenaamde Outreach project in Nijmegen. Dat richt zich onder meer op het vroegtijdig opsporen van ernstige complicaties bij heelkundepatiënten. Het enthousiasme daar was bijzonder aanstekelijk. In onze aanbeveling is SBAR, als middel om met de arts te communiceren, één van de drie pijlers geworden. De andere twee zijn een screening tool waarmee je hartfrequentie en andere waarden scoort en een ALERT-training voor verpleegkundigen.

In die training leer je onder andere om scores te vertalen. Je vertelt dus niet alleen dat de temperatuur niet goed is, maar ook waarom. Blijkbaar is dit voor jongere verpleegkundigen toch niet heel vanzelfsprekend. De trainingen zijn inmiddels in volle gang. Helaas is SBAR nog niet geïntroduceerd, terwijl ook die pijler essentieel is. Want als je wilt dat de arts meteen komt, moet het initiatief bij jou als verpleegkundige of arts-assistent liggen. Gelukkig is het bij ons niet zo hiërarchisch, maar ik kan me voorstellen dat je daar soms wel moed voor nodig hebt."

NIET LATEN VERWATEREN

Dat is de reden dat de afdeling hemodialyse van Medisch Spectrum Twente artsen bij de introductie van SBAR heeft betrokken, vertelt zorgdeskundige en verpleegkundige Nel van 't Veer. "We hebben casussen besproken in groepjes van drie, met een verpleegkundige, een arts en iemand die het gesprek observeerde. Artsen weten nu wat ze kunnen verwachten en hoe een optimale interactie verloopt. Voor verpleegkundigen is de methode een prima bewustwordingsproces." Het klinkt zo logisch, maar om van SBAR een blijvertje te maken is wel extra aandacht nodig, ervaart Van 't Veer. Al eerder werden in het Medisch Spectrum een verpleegafdeling en de avond-, weekend- en nachthoofden getraind. "Telkens weer zie ik dat mensen aan de methode moeten wennen. Het is moeilijk vast te houden. Zeker als er echt iets onverwachts gebeurt. Dan doe je het automatisch toch weer op je eigen manier. Daarom verzorgen we regelmatig herhalingslessen in samenwerking met Medical School Twente." In de twee jaar dat Van 't Veer met SBAR werkt, ziet ze dat vooral jongeren baat bij de methodiek hebben. "Ze weten ontzettend veel, maar op school krijgen ze die praktische kant toch niet zo erg mee. Met de SBAR is stamelen tegen een arts niet nodig. Je weet wat je wilt vertellen en vragen. En je hangt niet op voordat de reactie adequaat is. Dus ja, SBAR is een oplossing, maar je moet het wel juist hanteren. Anders verwatert het snel." |

Situation: wat is de huidige situatie van de patiënt?

Background: wat is diens achtergrond?

Assessment: wat is het huidige probleem?

Recommendation: wat is het plan?

'MET SBAR IS STAMELEN TEGEN EEN ARTS NIET NODIG: JE WEET WAT JE WILT VERTELLEN EN VRAGEN EN HANGT NIET OP VOORDAT DE REACTIE ADEQUAAT IS'

Naamsverwarring

Een medicatieopdracht voor polyethyleenglycol

verandert in het proces in propyleenglycol.

De fout wordt pas ontdekt als de patiënt met een hartmassage moet worden gered.

DOOR MARE BERGSMA, MEDI RiSk

DE CASUS

Als een patiënt met een overdosis ibuprofen wordt opgenomen in een ziekenhuis komt de Spoedeisende Hulp meteen in actie. De dienstdoende arts adviseert om te starten met een polyethyleenglycol lavage-vloeistof via een maagsonde. Omdat het noodzakelijk is de patiënt goed te bewaken, gaat hij naar de IC. De IC-arts schrijft de toediening van het laxans polyethyleenglycol (PEG) voor. Daarna gaat het mis. De schriftelijke medicatieopdracht blijft op de IC-afdeling achter. De gehele medicatieaanvraag is verder mondeling afgehandeld waarbij de naam polyethyleenglycol per abuis wordt veranderd in propyleenglycol. Hierdoor wordt de ver-

keerde medicatie afgeleverd op de IC-afdeling en ondanks controle door de verpleegkundige aangehangen. Als de patiënt achteruit gaat en een hartmassage moet krijgen, wordt de toediening van het verkeerde middel ontdekt en direct gestaakt. In overleg met de nefroloog en de ziekenhuisapotheker krijgt de patiënt daarna nog vier uur hemodialyse en een dag continu venoveneuze hemofiltratie. Gelukkig kan de patiënt zonder meetbare schade het ziekenhuis verlaten.

DE RECONSTRUCTIE

De ernst van deze fout was voor het ziekenhuis aanleiding om direct actie te ondernemen en de oorzaak van het incident te on-

derzoeken. Dat deden ze - met subsidie van MediRisk - via de Prisma-methode (zie kader). Deze analyse laat zien dat de oorzaak van het incident - zoals vaker het geval is - bij een combinatie van factoren ligt, zowel menselijke als organisatorische. Zo bleek al snel dat de twee verpleegkundigen die de medicatie controleerden, er beiden van uitgingen dat de naam propyleenglycol op het etiket een synoniem was voor polyethyleenglycol (PEG). Zij hebben de IC-arts gevraagd of dit laatste inderdaad het juiste middel was en deze beaamde dat. Ook vertrouwden zij erop dat de apothekersassistent het juiste middel had afgeleverd. Uit het onderzoek bleek dat deze heeft aangenomen dat hij het juiste medicijn pakte, zonder dit als dubbele controle af te stemmen met de dienstdoende apotheker. Deze bleek niet de apotheker van het eigen ziekenhuis te zijn, hetgeen de apothekersassistent ervan weerhield om te bellen. Daarnaast bleek uit het onderzoek dat de verpleegkundige de infuuspomp verkeerd had ingesteld, ondanks een juiste notering door de arts. Voor het instellen van pompen was in dit ziekenhuis op het moment van het incident geen dubbele controle verplicht.

Er lag ook een oorzaak in de communicatiesfeer. Dat de apotheek de propyleenglycol in plaats van polyethyleenglycol afleverde kon gebeuren doordat er geen recept was. Er

was wel een schriftelijke medicatieopdracht, maar die was achtergebleven op de IC. Ook speelde het incident zich 's nachts af, waarbij zaken soms anders verlopen dan gebruikelijk. Het ontbreken van het recept zorgde daarna voor een communicatiestoornis tussen de IC-arts, de opnamecoördinator en de apothekersassistent waardoor het woord polyethyleenglycol ineens veranderde in propyleenglycol. Dat middel was namelijk wel in huis in tegenstelling tot de polyethyleenglycol. Ondanks een lichte twijfel ging de apothekersassistent er, mede door de grote tijdsdruk, van uit dat hij propyleenglycol moest leveren. Hieruit blijkt dat de procedure voor aflevering van medicatie buiten kantooruren niet sluitend is. Ook zijn er geen duidelijke afspraken dat je bij twijfel altijd bij de dienstdoende apotheker aan de bel moet trekken. Als laatste kwam in de analyse naar voren dat intoxicatie in het algemeen sporadisch voorkomt op de IC. Daardoor

zijn de zorgverleners niet goed bekend met het gebruik van polyethyleenglycol.

WAT KAN EEN ZIEKENHUIS DOEN?

Belangrijk onderdeel van de Prisma-methode is het formuleren van verbeteracties. In deze casus heeft het ziekenhuis verbeteringen doorgevoerd op de volgende onderdelen:

- De procedure voor het controleren van de medicatie-opdracht met de geleverde medicatie is verbeterd en direct ingevoerd. Voortaan moeten twee verpleegkundigen controleren of er sprake is van de juiste medicatie en de juiste pompinstelling.
- Er is een procedure opgesteld en ingevoerd voor het uitwerken en afleveren (buiten kantooruren) van de medicatieopdracht wanneer medicatie niet op een afdeling aanwezig is. Bij twijfel moet altijd de ziekenhuisapotheker worden gebeld. Ook is nog eens benadrukt dat er op de apotheek nooit zonder een recept mag worden gewerkt.
- In de procedure is opgenomen dat de ziekenhuisapotheker standaard geraadpleegd wordt bij vragen betreffende een intoxicatie.
- Medewerkers op de IC krijgen regelmatig bijscholing over toxicologie-protocollen.
- Er wordt een elektronisch voorschrijfsysteem aangeschaft om de receptenstroom geautomatiseerd te laten verlopen en continu medicatiebewaking uit te voeren.

Met dank aan het ziekenhuis dat met openheid van zaken medewerking verleende aan deze claimreconstructie.

Op www.medirisk.nl/kennisbank staan handige praktijkvoorbeelden om medicatiefouten te voorkomen en methodes om incidenten te analyseren.

GESPOT



COLLEGA'S FILMEN IN HAGAZIEKENHUIS

Collega's filmen en het resultaat op intranet zetten. Dat doen ze in het Hagaziekenhuis in Den Haag. Het ziekenhuis heeft met HagaTube een prijs gewonnen voor het beste communicatieproject. Merit Boersma, projectmanager van 'Haga Vernieuwt', kwam met het idee: "Het is een knipoog naar YouTube. We hebben het bedacht, omdat we de zichtbaarheid van afdelingen wilden vergroten. In dit ziekenhuis werken ongeveer 3500 mensen. Iemand die op de vijfde verdieping werkt, weet niet wat er op de zevende gebeurt. Daar wilden we iets aan doen. Je kunt natuurlijk een stukje schrijven in het ziekenhuisblad, maar dit is veel leuker."

 LEES MEER OVER DIT INITIATIEF OP WWW.MEDIRISK.NL/KENNISBANK.