

# Alert

DE RISICO'S VAN HET VAK



COMMUNICEREN IN TIJDEN VAN CRISIS  
ZIEKENHUIZEN BLIKKEN TERUG

MEDIRISK NIEUWE STIJL  
OPEN EN DE PATIËNT CENTRAAL

INTERCOLLEGIALE AUDITS  
COLLEGA'S KIJKEN MEE OP DE OK

## LEREN VAN ELKAAR

Kennis delen is de weg naar een veiliger zorg

## Colofon

Kwartaalmagazine 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** Mare Bergsma, Bart Jongbloed, Lotte de Jong, Marjolaine van der Zwan  
**Realisatie** Zin Tekst&Beeld (www.zinonline.nl)  
**Vormgeving** Bard87  
**Druk** Schotanus en Jens  
**Oplage** 14.000

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

**Raad van Commissarissen**  
drs. D. van Starckenburg RE (voorzitter), voorzitter RvB Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede dr. P. van der Wijk (vice-voorzitter), lid RvB Martini Ziekenhuis, Groningen  
drs. M. Dijkshoorn AAG  
drs. J.S. van der Heide, voorzitter RvB Ziekenhuis Bernhoven, Oss en Veghel  
drs. J.H.D. van Hemsbergen, hoofddirectie VvAA Groep BV

**Bestuur**  
mr. E.A. van Gelderen, algemeen directeur  
M.E. van der Zwan MSc MBA, directeur

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. Mening en/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 vermenigvuldigd, overgenomen en/of openbaar gemaakt zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van MediRisk. Verzekerden van MediRisk zijn van deze toestemmingsverplichting uitgezonderd.

Coverfoto: Shutterstock

ISSN 1878 – 80 17

## OPROEP

**Wilt u met uw initiatief ook in Alert of op onze digitale kennisbank schadepreventie? Laat het ons weten via [info@medirisk.nl](mailto:info@medirisk.nl)**

## INHOUD

- 9 Juridische kwestie  
Nierschade
- 10 Case report  
Waar is de schroevendraaier?
- 14 Wisseling van de wacht  
Oude en nieuwe voorzitter MediRisk blikken terug en vooruit
- 16 Inter pares  
Nieuws van en voor MediRisk-ziekenhuizen
- 18 Meekijken in elkaars keuken  
De kracht van intercollegiale audits
- 21 Feedback geven aan specialisten  
Het Medisch Centrum Leeuwarden doet het zonder problemen
- 22 Claimreconstructie  
Verkeerde tenen geopereerd
- 24 Gespot  
Het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis weet wat te doen bij een calamiteit



## Crisis en communicatie

Als zich in een ziekenhuis een crisissituatie voordoet, staan de media snel op de stoep. Het ziekenhuis moet dan schaken op twee borden tegelijk: de crisis bezweren én de communicatie hierover in goede banen leiden. Medisch Spectrum Twente, Meander MC en het Westfriesgasthuis laten zien hoe ze met hun crisis zijn omgegaan en wat ze daarvan hebben geleerd. |pag.4|

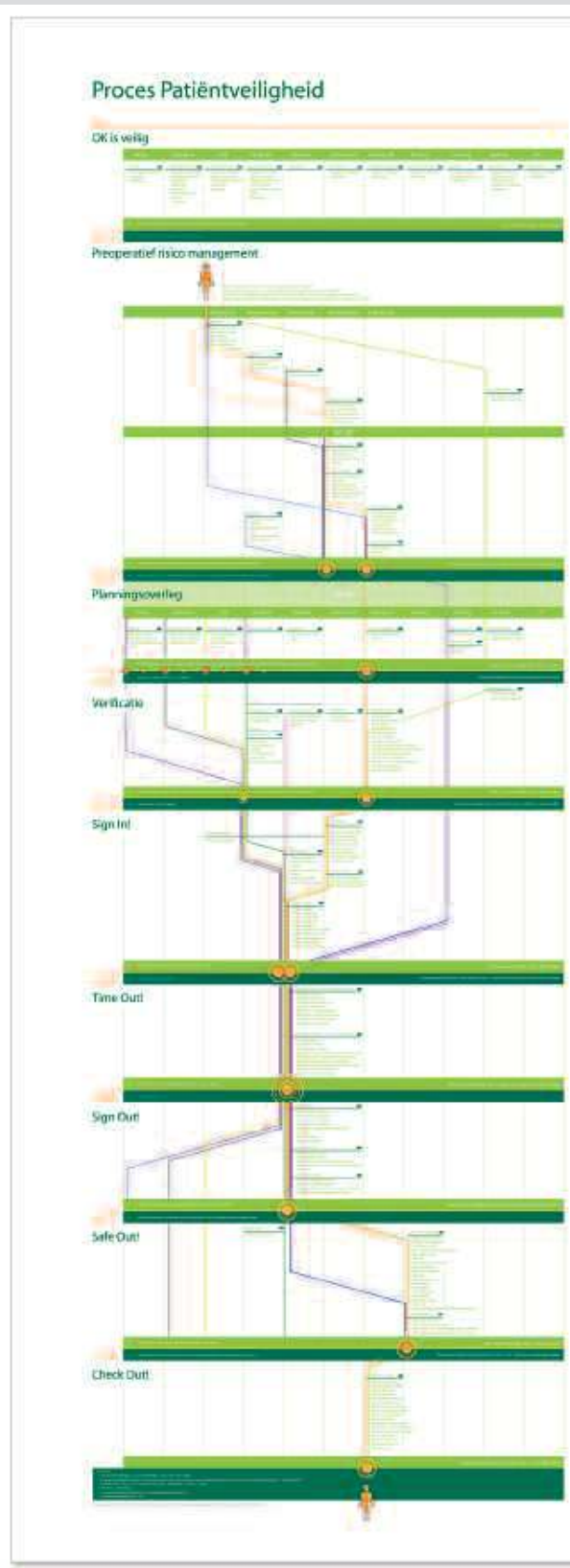
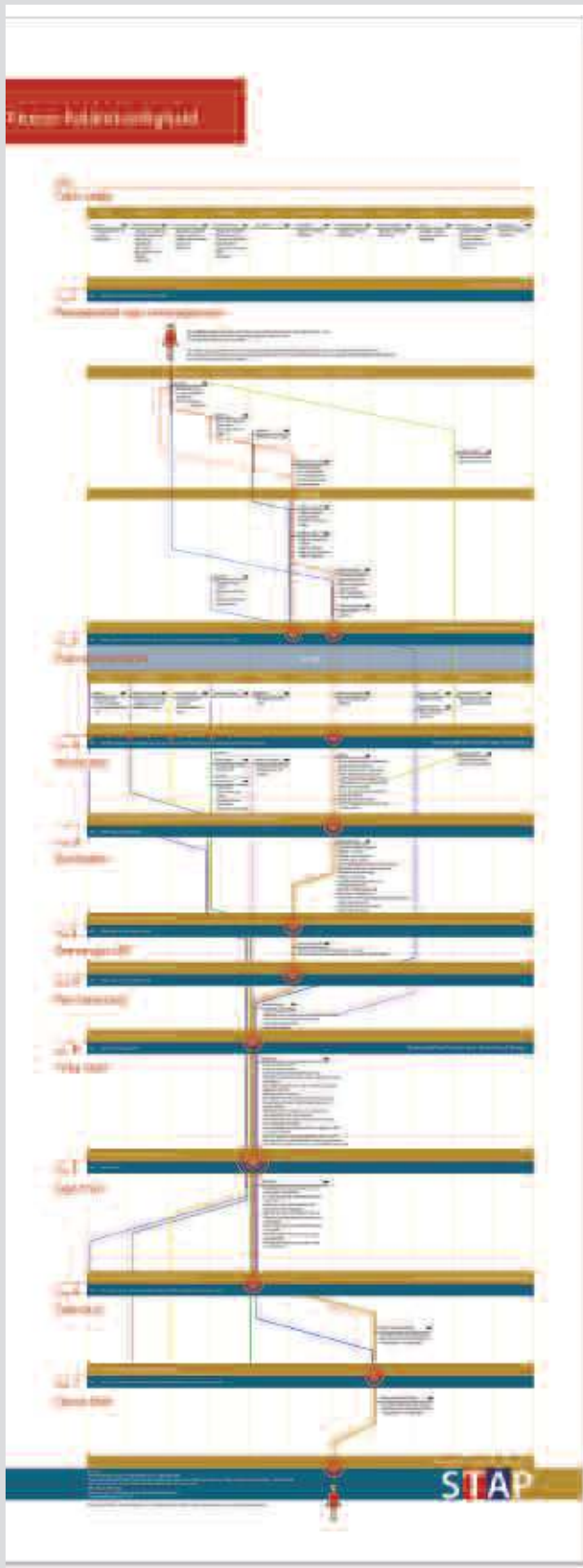


## MediRisk nieuwe stijl

Een nieuwe koers is het eigenlijk niet te noemen. Maar het beleid van MediRisk voor de komende jaren laat wel duidelijk een nieuwe stijl zien: open, slagvaardig, naar buiten gericht en volop aandacht voor de patiënt. Precies zoals de leden het graag zien. |pag.11|

# PREVENTIEBLIK

Nee, dit is niet de metrolijn van Londen, maar de metrolijn van het Scheperziekenhuis. De medische metrolijn wel te verstaan, die het perioperatieve traject van een patiënt in kaart brengt en de mogelijke knelpunten daarin zichtbaar maakt. Op die manier kunnen de betrokken zorgverleners steeds zien waar ze zich in het proces bevinden en aan de hand van checklists fout-op-fout-situaties voorkomen. Grote kracht van de medische metrolijn is het gebruiksvriendelijke design ervan. Dat heeft ervoor gezorgd dat het veiligheidsinstrument razendsnel is ingevoerd in het Scheperziekenhuis. De metrolijn is onder meer gebaseerd op de TOP-rapporten van IGZ en de OK-vangnetten van MediRisk. In het ziekenhuis in Emmen hangt de metrolijn op verschillende plekken in en rond de OK-afdeling en dragen alle betrokken zorgverleners in het perioperatieve proces een zakkaart-versie bij zich. Op [www.ccvz.nl](http://www.ccvz.nl) wordt uitgelegd hoe de medische metrolijn precies werkt en hoe andere ziekenhuizen deze kunnen invoeren.





# Communiceren in tijden van crisis

Als zich in een ziekenhuis een crisissituatie voordoet, staan de media snel op de stoep. Het ziekenhuis moet dan schaken op twee borden tegelijk: de crisis bezweren én de communicatie hierover in goede banen leiden. Drie ziekenhuizen blikken terug op hun crisis. Hoe is de communicatie verlopen? En wat zouden ze nu anders doen? **DOOR FRANK VAN WIJCK**

## DISFUNCTIONERENDE NEUROLOOG IN HET MEDISCH SPECTRUM TWENTE

**‘DIT PROBLEEM WAS TE OMVANGRIJK OM MET EEN INTERN ONDERZOEK TE KUNNEN VOLSTAAN’**

Eind 2003 moest een neuroloog gedwongen zijn positie opgeven wegens disfunctioneren. In 2009 kwam via publicaties in de media aan het licht dat de neuroloog nog in Duitse ziekenhuizen zijn beroep uitoefende, hoewel hem de bevoegdheid hiertoe was ontzegd. Medisch Spectrum Twente kreeg al snel een rol in de publiciteit. Niet alleen omdat dit het laatste Nederlandse ziekenhuis was waar de neuroloog had gewerkt, maar vooral omdat het aantal patiënten dat zich benadeeld voelde door zijn handelen en alsnog een claim indiende snel groeide. Het bestuur van Medisch Spectrum Twente in Enschede werd overvallen door de berichtgeving in de media over de neuroloog van wie het ziekenhuis al zes jaar eerder afscheid had genomen. ‘De bestuurders die in 2009 functioneerden, hielden die posities in 2003 nog niet,’ vertelt Mariska de Groot, secretaris van de Raad van Bestuur. ‘We hadden geen relatie meer met de neuroloog en dachten dus in eerste instantie dat het nieuwe nieuwsfeit vooral gevolgen had voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Door de publiciteit begonnen zich echter al snel veel meer patiënten te melden die zich de dupe voelden van zijn handelen en die claims indienden.’ En daarmee stond het ziekenhuis dus in één keer in het centrum van de nega-



Mariska de Groot



Lex Hilbers

tieve berichtgeving. De pers vroeg het ziekenhuis direct om commentaar en de belangenbehartiger van de oorspronkelijke groep claimende patiënten wierp zich meteen op om ook de zaken van de patiënten te behandelen die zich nu begonnen te melden. Bestuurslid Lex Hilbers: ‘Het bestuur heeft toen stante pede besloten te laten uitzoeken

wat de omvang van het probleem was en hoe het heeft kunnen ontstaan. Dit probleem was té omvangrijk om met een intern onderzoek te kunnen volstaan, de reputatie van het ziekenhuis was in het geding.’ De commissie Lemstra ging aan het werk, en controleerde direct alle dossiers van de neuroloog. Ook plaatste het ziekenhuis een ad-

vertentie in de landelijke dagbladen om mensen die dachten schade te hebben opgelopen door het handelen van de neuroloog op te roepen zich te melden. En het richtte een poli in om mensen nazorg en psychologische begeleiding te kunnen bieden. Een extra complicerende factor was voor het ziekenhuis dat ook politieke discussie ontstond over het onderwerp, zegt De Groot. 'We hebben daarom contact gezocht met het ministerie van VWS om te helpen antwoorden te geven op de vragen die leefden.

Dat heeft op dat niveau geleid tot een adequate afhandeling. Wat opvallend is, is dat er in de Nederlandse ziekenhuizen geen cultuur is van kennisoverdracht over crises. Om hierin verandering te brengen, organiseren we op 26 oktober een congres (zie onder), waarin ook de lokale media en de interne betrokkenen aan het woord komen. Daarnaast zou het goed zijn als ziekenhuizen, waarbij een dergelijke casus zich voordoet, een beroep kunnen doen op de expertise die elders is opge-

bouwd.' Hilbers heeft in aanvulling hierop ook een punt dat hij graag anders had gezien: 'Bij een claim verloopt alle contact tussen de letschadespecialist en de verzekeraar. Persoonlijk had ik als bestuurder in een eerder stadium in contact willen treden met de mensen die schade hebben geleden.' Een belangrijk verbeterpunt dat het ziekenhuis heeft doorgevoerd, is dat claims nu tot onderdeel van het kwaliteitmonitoringsysteem zijn.



**MEDISCH SPECTRUM TWENTE - Fout gegaan! Goed gedaan?** Medisch Centrum Twente gaat de lessen die zij getrokken heeft uit de crisis delen met andere ziekenhuizen tijdens een symposium op 26 oktober 2011. Vele betrokkenen komen aan het woord, zoals Wolter Lemstra, die twee externe commissies voorzat, de vakgroep neurologie, de letschadespecialist die vele tientallen gedupeerde patiënten bijstond en nog steeds bijstaat, maar ook de Raad van Bestuur en het Medisch Stafbestuur van Medisch Spectrum Twente en MediRisk. Het middagedeelte staat in het teken van het omgaan met grote calamiteiten. MST heeft hiervoor een nieuwe aanpak ontwikkeld die op een interactieve manier zal worden gepresenteerd. Bas Eenhoorn, burgemeester a.i. van Alphen aan den Rijn, geeft als keynote-speaker inzicht in de communicatie rondom een grote calamiteit. Aanmelden kan via: [www.mst.nl/goed-gedaan](http://www.mst.nl/goed-gedaan).

## EVACUATIE IN HET MEANDER MEDISCH CENTRUM

### 'DUIDELIJKHEID SCHEPPEN, DAAR DRAAIT HET OM IN ZO'N SITUATIE'

In het transformatorhuisje op het terrein van de locatie Lichtenberg van het ziekenhuis in Amersfoort ontstond op vrijdag 21 januari 2011 brand. Hoewel die snel onder controle was, moesten de IC-patiënten met speciale ambulances worden overgebracht naar andere ziekenhuizen. Aanvankelijk leek dat te volstaan, maar toen duidelijk werd dat het ziekenhuis geruime tijd op noodstroom zou moeten draaien, werd vanwege de veiligheid van de patiënten op zaterdagmiddag besloten alle patiënten te evacueren.

'Ik weet nog wat het eerste was dat ik tegen de pers zei,' zegt manager communicatie Marije Mansfeld. 'Ik zei: en dan denk je dat er paniek is, en die is er niet. Mensen komen in positie als zo'n calamiteit zich voordoet en weten wat ze moeten doen op basis van daarvoor bestaande plannen waarmee ook regelmatig is geoefend. Het crisismanagementteam kwam direct bij elkaar en dan is er ook meteen een heldere command-control structuur: zó gaan we het doen.'

Het besluit om de IC-patiënten te evacueren viel al snel. 'Maar een ziekenhuis dat geruime tijd op noodstroom moet functioneren is geen ziekenhuis', zegt Mansfeld. 'Uit oogpunt van patiëntveiligheid was totale evacuatie daarom de enig juiste beslissing. En die evacuatie is in een paar uur uitgevoerd.'

De media stonden snel op de stoep. Mansfeld: 'Ons persbeleid stelt dat zij op afstand worden gehouden in het kader van de privacy van patiënten. Voor de persconferentie hebben we de woordvoering tijdelijk opgeschaald naar de Raad van Bestuur, maar daarna ook weer direct afgeschaald naar mij. Omdat de computers niet meer bruikbaar waren, hebben we direct social media ingezet om toch te communiceren en te weten hoe de omgeving hierop reageerde. Toen de website weer in de lucht was, hebben we daarop een tijdlijn geplaatst van alle ondernomen of nog te nemen acties. Dat schept duidelijkheid en dat is ook waar het in zo'n situatie om draait: informeren, betekenis geven en schade beperken. Een krant die een cardiologiepatiënt aan het woord liet met een tamelijk stemmingmakend verhaal, hebben we uitgelegd waarom dit contraproductief was. Dit is ook goed opgepikt.'



Marije Mansfeld

De aanpak werkte, want al snel werd het ziekenhuis op Twitter een "lichtend voorbeeld" genoemd in crisiscommunicatie. 'De berichtgeving is een enkele keer tendentius geweest,' herinnert Mansfeld zich, 'maar vooral oprecht. En we hadden natuurlijk ook een duidelijke boodschap. Als de media bijvoorbeeld zeiden dat onze gebouwen zo oud waren, konden wij aantonen dat alle

voorzieningen voldeden aan de eisen van de Inspectie en gevalideerd, gecertificeerd en gecontroleerd waren. We hebben de lokale media bovendien goed kunnen inzetten om belangrijke boodschappen te communiceren, bijvoorbeeld dat vrouwen nog gewoon bij ons konden bevallen op de gebruikelijke locatie Elisabeth.'

Op de vraag of het ziekenhuis met de wijsheid achteraf zaken anders gedaan zou hebben, zegt Mansfeld volmondig nee. 'We hebben een grote klus geklaard. In een paar uur tijd een volledig ziekenhuis evacueren was nog nooit gebeurd. Ook de patiënten terugbrengen verliep volgens plan. Alles is goed gegaan, ook het contact met de media. Het is hun taak om de onderste steen boven te krijgen en mijn taak om dat proces te registreren. Ons crisiscommunicatieplan voorzorg daarin. Ook de bestuurder die in twee persconferenties aan het woord kwam, volgde heel duidelijk de afgesproken lijn in woordvoering. Al een week na de heropening van locatie Lichtenberg hadden we een tijdschrift over de gebeurtenissen en een film op de website. Zo wordt zo'n calamiteit geen zwarte bladzijde voor het ziekenhuis, maar laat je zien hoe je ermee omgaat.'







#### GYNAECOLOOG ONDER VUUR IN HET WESTFRIESGASTHUIS

**‘DE FOCUS IN DE MEDIA LIGT OP DE CALAMITEIT, DAT MAAKT HET MOEILIK OM NIET IN DE VERDEDIGING TE GAAN’**

In 2009 overleed een baby doordat tijdens de bevalling medische fouten werden gemaakt. Het Tuchtcollege kwam tot de beslissing dat de betrokken gynaecoloog ernstig tekort is geschoten ten opzichte van het kind en de moeder. Omdat de zaak al veel publiciteit had gehad, legde het college echter geen zware straf op, maar beperkte het zich tot berisping van de gynaecoloog. Het was de aandacht in de media geweest die de zaak aan het licht had gebracht. De afdeling verloskunde had aanvankelijk niet de Raad van Bestuur geïnformeerd over de calamiteit. Die vernam hierover via de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Het was een blinde vlek die ervoor zorgde dat het ziekenhuisbestuur niet direct werd ingelicht over de calamiteit die zich in 2009



Jeroen Kreuger



Joke Klinkert



op de afdeling verloskunde voordeed, erkent voorzitter van de vakgroep gynaecologie Joke Klinkert. 'Er heeft direct overleg met collega's en verpleegkundigen plaatsgevonden om te achterhalen wat er precies was gebeurd,' zegt ze, 'maar we hebben het niet direct gemeld aan het bestuur. Dat was ongelukkig.' Inmiddels is er dan ook voor gezorgd dat zo iets niet meer kan gebeuren, stelt bestuursvoorzitter Jeroen Kreuger. 'Er is een directe open lijn gecreëerd tussen de Raad van Bestuur en de maatschappen, zodat dergelijk nieuws zonder omweg bij ons komt en we ons plan kunnen trekken.' In 2009 kreeg het bestuur echter geen kans om zich voor te bereiden op de media-aandacht die het geval kreeg. De media stonden bijna tegelijkertijd met de Inspectie op de stoep. 'Het was commotie,' stelt Klinkert. 'We hebben daarop direct op de zaak ingezoomd, om te bepalen hoe we een dergelijke trieste situatie in de toekomst konden voorkomen. We hebben de afdeling binnensbuiten gekeerd en iedereen gesproken. Op grond daarvan lag er in een paar dagen een verbeterplan waarover intensief overleg met de Inspectie plaatsvond. Al vergde de implementatie daarvan natuurlijk langere tijd, want daarvoor is een cultuuromslag nodig.'

Het waren de ouders die het verhaal naar de krant brachten. 'En als je als Raad van Bestuur zo iets uit de krant moet vernemen, staat echt het hele ziekenhuis op zijn kop,' zegt Kreuger. 'RTL5 stond direct op de stoep en dan is het heel moeilijk voor de afdeling om te blijven functioneren zonder fouten te maken. Het is dan ook moeilijk voor aanstaande ouders om hun koers te bepalen. Intensieve communicatie met hen leidde gelukkig snel tot het begrip dat fouten kunnen voorkomen, maar dat dit niet betekende dat het ziekenhuis niet functioneerde. In de media is deze boodschap moeilijker voor het voetlicht te krijgen. De focus ligt op de calamiteit, niet op het gegeven dat de afdeling daarvoor jaren onafgebroken goed werk leverde.'

Die focus maakt het moeilijk om niet in de verdediging te gaan, stelt Klinkert. 'Je moet vooral gericht blijven op de interne communicatie – om te voorkomen dat zo'n fout nogmaals kan voorkomen – en op de nabestaanden. Enerzijds streef je transparantie na, maar anderzijds heb je ook te maken met de privacy van die ouders. Je probeert dus op een constructieve manier uit te leggen wat je verbeterplan is. Maar we merkten wel dat vooral de lokale media zich behoorlijk in het verhaal vastbeten, daar was echt wel wat vertrouwen terug te winnen.' Vooral de lokale pers was negatief, erkent Kreuger. 'We beseften dan ook snel dat we gestructureerd moesten communiceren. En hoewel we uiteraard een eigen communicatieafdeling hebben, hebben we er toch een extern specialist bijgehaald om ons hierin te advi-

seren. Ook hebben we een psycholoog ingeschakeld voor de medewerkers, om hen te helpen het trauma te verwerken en meer als team te gaan functioneren. En een gynaecoloog om de protocollen kritisch tegen het licht te houden. Toen de Inspectie en het echtpaar een tuchtzaak aanspanden, hebben we gezorgd voor een communicatieplan om medewerkers te informeren over wat er ging gebeuren en welke gevolgen dit voor het ziekenhuis kon hebben.' De media-aandacht voor die tuchtzaak bleef echter beperkt. Kreuger: 'Positief voor ons was dat de Inspectie op basis van ons verbeterplan constateerde dat inmiddels sprake was van verantwoorde verloskundige zorg en dat de betrokken professionals ten tijde van de tuchtzaak niet meer in ons ziekenhuis werkten. Die feiten hebben de beleving van de berichtgeving beïnvloed.'

De media-aandacht over de crisis was 'blijst even slikken,' stelt Klinkert, 'maar we zijn er sterker uitgekomen. Al had ik het proces liever op een andere manier doorlopen, want het heeft voor veel negatieve energie gezorgd.' En zo'n proces is ook nooit afgelopen, vult Kreuger aan. 'Niet alleen omdat de aandacht voor kwaliteitsverbetering een continu gegeven is, maar ook omdat de civiele en strafrechtelijke procedure nog niet afgerond zijn. We zullen dus rekening moeten houden met nieuwe publiciteit. Maar ondertussen is wel een verbetertraject in gang gezet, zijn nieuwe gynaecologen aangetrokken en is een nieuw elan ontstaan. We zijn er dus nu beter op voorbereid.'



# Juridische kwestie

JOSKE ZADELHOFF, MEDI RISK SCHADEBEHANDELING

## DE ZAAK

Vanwege een persisterende afwijking van de linkereierstok en -eileider onderging een 37-jarige vrouw in maart 2006 een laparoscopische ingreep. Tijdens de operatie bleek dat er sprake was van een vergrote eierstok, geheel verkleefd aan de baarmoeder. De linkereierstok en -eileider werden verwijderd. De patiënt werd ontslagen, maar enkele dagen later volgde een heropname vanwege acute buikpijn. Na onderzoek bleek dat er geen nierstuwning was en op een echo was er een instroom te zien van urine uit beide urineleiders naar de blaas. De patiënt kreeg medicatie tegen nierstenen en mocht weer naar huis. Twee dagen later volgde opnieuw een opname vanwege pijn. Na uitgebreid onderzoek en een spontane verbetering, mocht de vrouw twee dagen later weer naar huis.

Ruim een maand later, in april 2006, werd ze echter weer opgenomen vanwege koorts, buikpijn, misselijkheid en braken. Er volgde wederom uitgebreid onderzoek, waaronder een CT-scan. Omdat er geen duidelijke diagnose kon worden gesteld, werd de patiënt weer ontslagen.

Een jaar later werd in een academisch ziekenhuis, waar de patiënt vanwege hypertensie onder controle was, een echo van de nieren gemaakt vanwege een verdubbeling van het creatinine. Hierop was te zien dat de linkernier nauwelijks nog functioneerde. Het leek de uroloog aannemelijk dat de ingreep van maart 2006 een belemmering in de urineleider had veroorzaakt. Terugkijkend op de CT-scan van april 2006 werd dit keer wel degelijk stuwning van de linkernier gezien. Ook was de linker-urineleider tot aan de blaas verwijderd. De patiënt stelde het ziekenhuis aansprakelijk vanwege het onzorgvuldig uitvoeren van de ingreep in maart 2006, waarbij een afsluiting van de ureter is opgetreden.

## ONDERZOEK

In eerste instantie is de vraag of de ingreep van maart 2006 zorgvuldig is verricht. De gynaecoloog gaf aan dat er bij laparoscopi-

sche ingrepen routinematig aandacht wordt besteed aan het verloop van de ureter. Hij heeft dit echter niet in het operatieverslag vermeld. De casus is voorgelegd aan een deskundige. Die meent dat het niet beschrijven van het identificeren van de ureter in het operatieverslag als onzorgvuldig moet worden aangemerkt. Bij deze patiënte was intra-operatief de diagnose endometriose gesteld en er was sprake van een verstoorde anatomie door de verklevingen. Dit wijst erop dat het risico op letsel van de urineleider vergroot was. Daarom had het identificeren van de urineleider zeker in het operatieverslag vermeld moeten worden. Omdat dit niet is gebeurd, werd het ziekenhuis aansprakelijk gesteld.

## AANSPRAKELIJKSTELLING

De zaak is gecompliceerd omdat de urineleider nooit totaal is afgesloten. Op de echo van de nieren in maart 2006 was immers instroom van urine uit beide urineleiders naar de blaas te zien. De ureter kan gedeeltelijk beschadigd zijn tijdens de ingreep of er is sprake geweest van indirect ureterletsel (door necrose als gevolg van doorbloedingsproblemen of door voortwoekerende endometriose). Of het indirecte ureterletsel voorkomen had kunnen worden door het identificeren van de ureter, is de vraag. Uit de literatuur blijkt dat dit letsel in 12 procent van de gevallen tijdens de operatie wordt ontdekt. Verder speelt mee dat de patiënt voor de operatie van maart 2006 dezelfde klachten had. Het is dus onduidelijk of de situatie voor de patiënt anders was geweest als de identificatie van de ureter wel had plaatsgevonden tijdens de ingreep. Een urologische expertise zal hier hopelijk meer duidelijkheid over geven. Om ureterletsel te voorkomen is het van belang de ureter te identificeren, zeker als er sprake is van risicofactoren zoals bij deze patiënt het geval was. Om te kunnen aantonen dat identificatie inderdaad heeft plaatsgevonden, moet dit proces altijd in het operatieverslag worden genoteerd.

# Onvolledig instrumentarium

Als bij MediRisk een claim binnenkomt, volgt een preventiegericht onderzoek naar de werking van de vangnetten in het betreffende ziekenhuis: het case report. Zijn de vangnetten goed nageleefd?

DOOR BART JONGBLOED, PREVENTIEMANAGER MEDI RISK

## DE CASUS

Voor het verwijderen van een schroefje uit de hand van een patiënt heeft de plastisch chirurg een specifieke schroevendraaier nodig. Deze ligt in de instrumentenset van de kaakchirurgen, die daarom in de operatiekamer is klaargezet. Bij het begin van de operatie blijkt de betreffende schroevendraaier er niet in te zitten. Deze is ook niet los beschikbaar. De plastisch chirurg breekt de operatie daarom voortijdig af en de patiënt wordt onverrichter zake naar de recovery gebracht.

## REACTIE VAN HET ZIEKENHUIS

Het benodigde instrumentarium is volledig aan de hand van de klaarzetlijst klaargezet, inclusief de 'kaakset' voor de bewuste schroevendraaier. De kaakchirurgen hadden echter kort daarvoor de betreffende schroevendraaier vervangen door een ander type. Deze wijziging is niet zorgvuldig gecommuniceerd. De klaarzetlijst voor deze plastisch chirurgische ingreep was daarom niet aangepast. Afgezien daarvan had de schroevendraaier los verpakt op de poli kaakchirurgie aanwezig moeten zijn. Daar werd hij niet aangetroffen. Het ziekenhuis heeft direct maatregelen genomen om herhaling te voorkomen. De toepassing van de SURPASS-checklist is aangescherpt, zodat er op de operatiekamer vóór de inleiding een laatste controle plaatsvindt op beschikbaarheid en functioneren van alle instrumenten, materialen en apparatuur. Hierbij is het gehele operatieteam aanwezig. De plastisch chirurg beschikken nu bovendien over een 'eigen' schroevendraaier. Ook zijn de afspraken over wijzigingen van instrumentensets aangescherpt. De verantwoordelijkheid voor deze procedures is toegewezen aan het hoofd OK.



Illustratie: Wietse Bakker

## REACTIE VAN MEDI RISK

De OK-vangnetten schrijven voor dat er aan de hand van een checklist controle plaatsvindt op het functioneren en aanwezigheid van alle benodigde apparatuur en materialen. De operatieafdeling had hier een checklist voor. De invoering van deze lijst was echter nog niet volledig afgerond en de checklist was dan ook niet afgetekend. Overigens had men met behulp van de checklist het ontbreken van de juiste schroevendraaier niet kunnen opmerken, omdat hij in de

kaakset zat en dus niet zichtbaar was. Men vertrouwde op de bekende en beschreven samenstelling van de set.

De oorzaak van het incident ligt daarom bij het ontbreken van zorgvuldige communicatie en overdracht over wijziging van de set-samenstelling. Mogelijk dat ook onduidelijkheid over de verantwoordelijkheden in dit proces een rol speelden. Omdat de oorzaak buiten het bereik van het vangnet 'Apparatuur en materiaal gerelateerd' lag, is er geen sanctiemaatregel toegepast. |



# MEDIRISK-NIEUWE-STIJL

# Open, slagvaardig en de patiënt centraal

Een nieuwe koers is het eigenlijk niet te noemen, maar het beleid van MediRisk voor de komende jaren laat wel duidelijk een nieuwe stijl zien. Een stijl die transparant, slagvaardig en naar buiten gericht is. Waarbij het verzekeringsmodel van MediRisk is afgestemd op de eigen sfeer van het ziekenhuis én de patiënt centraal staat. Precies zoals de aangesloten ziekenhuizen het graag zien. **DOOR KARIN BOS**

## RECHT DOEN AAN PATIËNT, ZIEKENHUIS EN MEDISCHE PROFESSIONAL

Een breuk met de afgelopen twintig jaar is het niet, benadrukt Ebbo van Gelderen. Hij trad anderhalf jaar geleden aan als bestuurder van MediRisk. 'Natuurlijk staat nog steeds voorop dat we claims proberen te voorkomen. Daarvoor hebben we onze preventie-activiteiten die door de leden bijzonder goed worden gewaardeerd en waarin we ons onderscheiden van andere aanbieders. Helaas kan je schade nooit uitsluiten, het blijft mensenwerk. Wel kunnen we claims zo

afhandelen dat de menselijke schade niet nog groter wordt. Dát inzicht en het beleid dat daaruit voortvloeit, maakt dat we anders in het leven staan dan een paar jaar terug.'

### ALERT OP VEILIGHEID

Naast Ebbo van Gelderen is Marjoleine van der Zwan als bestuurder van MediRisk sinds een jaar verantwoordelijk voor de ontwikkeling en implementatie van deze nieuwe koers. Van der Zwan: 'Het krachtenveld waarin we ons als organisatie bevinden is groot. We hebben te maken met allerlei soms tegenstrijdige belangen en gevoelens. Patiënten, artsen, belangenbehartigers als ook de media. Het is onze verantwoordelijkheid om op een transparante en zorgvuldige manier aan onze - maatschappelijke - rol invulling te geven. Vandaar dat we ook samen met onze leden onze nieuwe missie en koers "Samen alert op veiligheid" hebben vormgegeven: we willen - door middel van al onze gebundelde kennis - voorkomen dat er iets fout gaat. Maar als dat dan toch gebeurt, willen we dat dit zo goed en zorgvuldig mogelijk wordt afgehandeld.' Ebbo van Gelderen: 'MediRisk anno 2011 is onderdeel van een wereld waarin medisch handelen in zijn algemeen en medische incidenten in het bijzonder onder een vergrootglas liggen, ook in de media. Een wereld waarin patiënten steeds centraler staan en zij van professionals niet alleen kwaliteit, maar ook compassie verwachten.' Marjoleine van der Zwan vult aan: 'Ziekenhuizen zijn meegegaan in die ontwikkeling. Dat heb ik aan den lijve ondervonden in de afgelopen jaren dat ik zelf in ziekenhuizen werkte. De leden gaven in ons ledenonderzoek heel duidelijk aan dat we meer recht kunnen doen aan zowel patiënt, ziekenhuis als de medisch professional. Die visie hebben we serieus genomen en sluit volledig aan bij de koers die we varen.'

### LEDEN IN DE LEAD

'Als een patiënt een claim indient, zijn er voor hem of haar nare dingen gebeurd,' vervolgt Marjoleine van der Zwan. 'Daar kun je

### MediRisk geeft gastlessen in het Slingeland Ziekenhuis -

Preventiemanager Lotte de Jong van MediRisk vertelde tijdens één van de competentielessen die chirurg Felix van Lammeren van het Slingeland Ziekenhuis organiseert over het belang van dossiervoering en informed consent. Felix van Lammeren: 'Niet de minste onderwerpen. Hoewel iedereen kan aanvoelen dat je een patiënt beter vooraf toestemming kunt vragen om problemen achteraf te voorkomen, gaat dat toch soms mis, en mondt dat uit in een klacht.' De lessen spreken aan. 'Dat merk je na afloop bij de koffieautomaat. Dan wil iedereen weten of een ander dat wel eens mee heeft gemaakt, een klacht krijgen of voor de Tuchtraad verschijnen.' De gastlessen die MediRisk verzorgde in het Slingeland Ziekenhuis, maakt deel uit van een tweewekelijkse competentie-reeks voor chirurgen en internisten in opleiding. Ook juridische, medisch-ethische en financiële aspecten van het artsbestaan komen daarbij aan de orde. Felix van Lammeren: 'Het vak is totaal anders dan 25 jaar geleden, toen ik begon. Patiënten zijn mondiger geworden en dus moet je dat als arts ook zijn maar ook goed luisteren is een vaardigheid. Om klachten te voorkomen en - als het toch misgaat - ervoor te zorgen dat iedereen er zo goed mogelijk uitkomt en het niet weer gebeurt. Vroeger durfde je niet te vragen of iemand gereanimeerd wilde worden; tegenwoordig zul je wel moeten. Je hakken in het zand zetten is er niet meer bij. Trouwens, daar word je als arts in deze tijd ook niet gelukkiger van. Je wilt immers voor alle partijen het beste. De gastlessen van MediRisk draagt daar een steentje aan bij.'

niet sec juridisch tegenaan kijken. Dus gaan we direct in gesprek met de patiënt als hij dat op prijs stelt. Voorheen gebeurde dit schriftelijk. Dat betekent in de praktijk dat we als verzekeraar en vooral ook als ledenorganisatie een informatiegesprek aangaan met ziekenhuis en patiënt. Daarin spreken we over de belangen, de verwachtingen, de verplichtingen en de procedures. Zo'n persoonlijk gesprek geeft een heel ander startpunt.'

Ook in de verdere schadeafhandeling krijgt het ziekenhuis meer de regie als ze dat willen. 'Ziekenhuizen willen zich onderscheiden, ook hierin. Dat kan zijn door de benadering van de patiënt, door vakinhoudelijke kennis, organisatiestructuur of mediabeleid. Het verzekeringsmodel van MediRisk wordt flexibeler. Het wordt afgestemd op de eigen sfeer van het ziekenhuis. Zij zijn in de lead, ondersteund door MediRisk.'

Ebbo van Gelderen en Marjoleine van der Zwan zijn ervan overtuigd dat dit maatwerk de service verbetert en de kosten zal drukken. 'Een belangrijke factor in een tijd waarin ziekenhuizen alle zeilen moeten bijzetten om aan de kwaliteitseisen te voldoen en financieel het hoofd boven water te houden.' MediRisk nieuwe stijl helpt daarbij en dat vertaalt zich niet alleen in beleid, maar zie je ook terug in de mensen. Die worden gecoacht om nog meer mensgericht te gaan werken, vertelt Marjoleine van der Zwan. 'We hebben sowieso met alle collega's - op basis van wat de leden ons hebben aangegeven - onze gemeenschappelijke waarden geformuleerd. Deze waarden zijn: samen, zorg-vuldig, inlevend en alert. Dit past ook bij de positie die MediRisk heeft en is bovendien in lijn met de Gedragscode Openheid medische incidenten, betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA).'

### GEEN WINSTOOGMERK

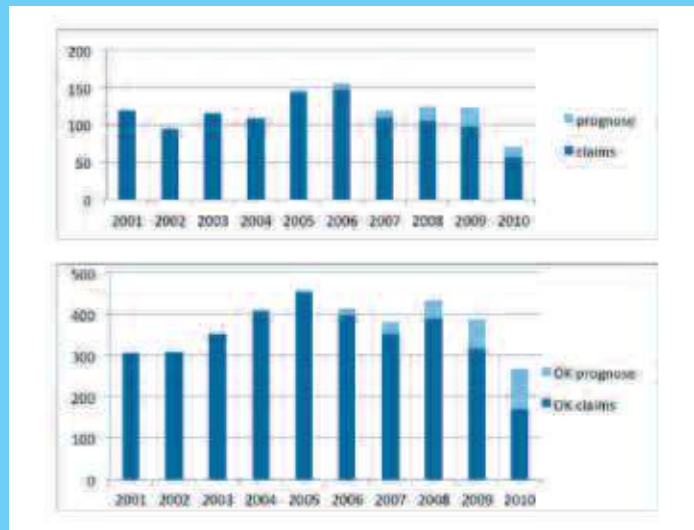
Heeft de nieuwe stijl ook te maken met de komst van andere aanbieders op de markt? Ebbo van Gelderen draait er niet omheen. 'Die zijn er absoluut, maar geen enkele is vergelijkbaar met MediRisk. Jarenlang wilde ook niemand zich aan het aanbieden van dit type verzekeringen wagen, want bij uitkering gaat het per definitie om een grote som geld. Als onderlinge waarborgmaatschappij hebben we van oudsher een ander standpunt. Natuurlijk willen wij resultaat behalen, maar een winst oogmerk hebben we niet. Voor ons is het van belang dat we er over honderd jaar nog zijn voor onze leden. Die instelling, in combinatie met onze risicoreducerende activiteiten, maakt MediRisk uniek. Samen zorgen we ervoor dat de kosten van medische aansprakelijkheid zo laag mogelijk blijven en werken we aan een veilige omgeving voor patiënt en medisch professional. Daár gaat het om.'

Het ontwikkelen van nieuwe producten en diensten gaat dan ook altijd in samenspraak met leden. 'Zo geven we onze primaire oriëntatie "van en voor leden, ten dienste van de veiligheid van patiënten" ook echt vorm. De database van MediRisk, die maar liefst 18 jaar claims bevat, is een waardevolle bron voor preventieadvies. Het vormt onder andere de basis voor de schadeanalyses en vooral voor de jaarlijks terugkerende claimoverzichten. 'Uit de overzichten volgt welke zaken goed gaan en welke risico's juist meer aandacht verdienen, ook ten opzichte van andere ziekenhuizen. Dat lichten we persoonlijk toe aan de aangesloten ziekenhuizen en dat wordt enorm gewaardeerd. In dat licht ontwikkelen we onze preventietak ook verder, want ook hier is het credo: meer maatwerk en meer transparantie.'

### RELEVANTIE

Marjoleine van der Zwan is enthousiast over alle mogelijkheden: 'MediRisk beschikt over veel informatie die bovendien voor velen relevant is. We willen ervoor zorgen dat deze informatie ook breder gedeeld gaat worden. Bijvoorbeeld in de media. Als het onderwerp "medische missers" wordt behandeld, gaat het vooralsnog vooral - en begrijpelijk - om het verhaal van de gedupeerden. Wij zien het ook als onze verantwoordelijkheid om aan te geven wat er allemaal nog meer speelt en hoe we met elkaar - ziekenhuizen, patiënten, belanghebbenden en MediRisk - al werken aan een veilige omgeving. Neem bijvoorbeeld onze preventieactiviteiten van de afgelo-

Het effect van de OK- en SEH-vangnetten



**MediRisk denkt mee bij nieuwbouw Albert Schweitzer Ziekenhuis** - MediRisk schuift in het Albert Schweitzer Ziekenhuis aan tafel om mee te denken over nieuwbouw- en renovatieplannen. 'Wij besteden veel aandacht aan de infrastructuur,' vertelt Pier Eringa, voorzitter van de Raad van Bestuur. 'Ik ben ervan overtuigd dat je een ziekenhuis zodanig kunt inrichten dat mensen zo min mogelijk dwalen en steeds in je blikveld zijn. Op de spoedeisende hulp gebruiken we bijvoorbeeld 'Schipholborden'. Daarop zie je direct wie er binnen is, vanaf hoe laat en met welke klachten. Bovendien hebben medewerkers ook fysiek goed zicht op de kamers. Het gebeurt daardoor veel minder vaak dat patiënten over het hoofd worden gezien.'

We bespreken onze nieuwbouwplannen graag met MediRisk. Dan merk je soms dat je zelf toch nog zaken bent vergeten. Of dat je bepaalde expertise mist. Zo heeft MediRisk tijdens een bouwvergadering van ons nieuwe OK-complex een verhandeling gegeven over infectiegevaar. Dat soort inzichten kun je meteen gebruiken.' Ook andere presentaties zijn welkom bij het Albert Schweitzer Ziekenhuis. 'Wij willen open communiceren over fouten, zonder op de man te spelen. Voor jonge artsen is het nog wel eens moeilijk om in te schatten hoe je in een bepaalde situatie moet handelen. Daarom vragen we aan de MediRisk-preventiemanager om hen iets te vertellen over hoe zaken mis kunnen gaan en welke schade kan ontstaan. Zo leren ze waarin je flexibel kunt zijn en waaraan je geen concessies mag doen. Trouwens, ook de benchmarkfunctie van de onderlinge vind ik waardevol. Wat mij betreft mag het delen van kennis en inzichten een nog prominentere MediRisk-taak worden. Je kunt zoveel van elkaar leren.'





Ebbo van Gelderen en Marjoleine van der Zwan

pen jaren voor de Spoedeisende Hulp en de Operatieafdelingen. Die hebben een significante daling in het aantal claims laten zien. Dat soort informatie is zeer relevant en helpt.'

Ebbo Van Gelderen: 'We hebben een volwaardige preventieafdeling met een enorme database. Die zetten we in om claims te voorkomen. En daarin zijn we transparanter dan ooit. We laten zien hoe en waarom we dingen doen. Tot 2010 namen we bijvoorbeeld nooit cijfers in onze jaarverslagen op. Nu wel en in 2011 worden die zelfs uitgebreid. Ook vertellen we over onze wetenschappelijke onderzoeken.'

In het creëren van een veilige omgeving loopt MediRisk volgens beiden dus voorop. Dat betekent ook nieuwe preventieproducten na de spectaculaire resultaten van de vangnetten voor OK en SEH. Marjoleine van der Zwan: 'Deze kiezen we uit tien risicogebieden die we zien. Verschillende aspecten spelen daarbij een rol. En daarbij voeren de financiële niet alleen de boventoon. Ook de emotionele impact van claims weegt zwaar. Denk bijvoorbeeld aan geboorteschade en diagnostische fouten bij oncologie'.

Welke veiligheidsitems de komende jaren de nadruk krijgen, wordt bekendgemaakt tijdens de Algemene Ledenvergadering op 7 december. Ook komen de nieuwe activiteiten en diensten die de leden de komende jaren van MediRisk kunnen verwachten aan de orde. Marjoleine van der Zwan: 'We hopen dat er veel leden komen. MediRisk nieuwe stijl zal onze leden zeker aangenaam verrassen.' ■

---

**MediRisk als preventieadviseur** - Audits, ontwikkelen van preventieprogramma's en presentaties. Als het om preventie gaat, zijn preventiemanagers Bart Jongbloed en zijn collega's de aangewezen personen om te adviseren over de grootste winstkansen en beste aanpak. 'Soms is dat vrijblijvend, soms dwingend. De inmiddels overal ingevoerde vangnetten voor de OK en SEH bijvoorbeeld, zijn verplicht. In de follow-up van het SEH- en OK-project gaan we eenmalig na of het ziekenhuis goed inzicht heeft hoe de vangnetten worden nageleefd. Die bevindingen koppelen we samen met de claimanalyses terug naar de Raad van Bestuur.' Boeiend werk, vindt Jongbloed, zeker omdat je vaak direct positief effect ziet van een maatregel. 'Bovendien pakken ziekenhuizen steeds vaker zelf de kwaliteitstaken op die wij een jaar of vijf geleden in gang hebben gezet. Denk maar aan de audits en het ontwikkelen van richtlijnen. Ik vind dat een goede ontwikkeling. Nu ook de vangnetten 'staan', kan MediRisk andere dringende zaken oppakken.' Jongbloed ziet daarbij twee belangrijke richtingen voor de toekomst: advies op maat en het bewerkstelligen van een blijvende sense of urgency. 'Die ontbreekt nog heel vaak, hoezeer ziekenhuizen ook inzetten op patiëntveiligheid. Neem het Havenziekenhuis, waar besmetting van een narcosemiddel optrad door foutief gebruik. In andere ziekenhuizen kan dit ook gebeuren, maar toch wordt nog vaak gedacht: dat zal mij niet overkomen. Daarom blijven we het land in gaan om presentaties, workshops, en lezingen te houden om iedereen bewust te maken van risico's en oplossingen aan te dragen. We zien dagelijks nog ruimte voor verbetering.'

# Wisseling van de wacht

Oude en nieuwe voorzitter MediRisk blikken terug en vooruit

De wisseling van de wacht tussen voorzitters Geert Huisman en Dik van Starckenburg komt op een geschikt moment. MediRisk heeft de afgelopen jaren zowel intern als extern belangrijke ontwikkelingen doorgemaakt en dit betekent dat de nieuwe voorzitter kan voortbouwen op de basis die al is gelegd. **DOOR FRANK VAN WIJCK**

‘Het is een leerzame en ook hectische tijd geweest,’ zegt Huisman over de periode van zijn voorzitterschap. ‘We moesten als organisatie professionaliseren en de markt is in de afgelopen jaren enorm in beweging geweest. Zo is het denken over risicobeheersing veel meer in het maatschappelijke debat gekomen, daar moesten we op inspringen als organisatie. Daarnaast hebben we bewezen dat de ziekenhuizen onze ondersteuning in preventie heel goed kunnen gebruiken. De vangnetten die we voor de OK en de SEH hebben ontwikkeld, zijn goede voorbeelden van hoe we op specifieke ziekenhuisafdelingen een sturende rol hebben in risicobeheersing.’

## DATABANK ALS SPIEGEL

Ook de databank met claims die MediRisk sinds 1993 heeft opgebouwd, is volgens Huisman van onschatbare waarde. Van Starckenburg onderschrijft dit: ‘Die data kunnen we gebruiken als stuurinformatie voor de ziekenhuizenmanagers, de medisch specialisten en verpleegkundigen. Zie je bijvoorbeeld dat vanuit ziekenhuis X al voor de derde keer een melding binnenkomt over medisch specialist Y, dan gaat er een lampje branden. Blijkt vervolgens dat een protocol niet goed wordt nageleefd, dan heb je een gericht instrument om met de achterliggende vakgroep te onderzoeken wat er precies aan de hand is. Deze databank stelt ons in staat om de ziekenhuizen een spiegel voor te houden. Je kunt claims analyseren en er trends uit afleiden. Blijkt dan op basis hiervan dat in een individueel ziekenhuis zaken niet goed gaan, dan zal een goede zorgprofessional zijn bedrijfsblindheid eerder toegeven en openstaan voor het ontwikkelen en doorvoeren van een verbeterplan.’

## DE PATIËNT CENTRAAL

Maar de verbeteringen in risicobeheersing die al in gang zijn gezet, zijn nog niet afgerond, stelt Huisman. ‘Er liggen nog genoeg uitda-



Geert Huisman, voorzitter Raad van Bestuur Slingeland Ziekenhuis

gingen in de ontwikkeling van preventiebeleid. En ik vertrouw het mijn opvolger toe om die op te pakken. Hij zit al sinds 2008 in de Raad van Commissarissen en kent dus de dossiers.’

Van Starckenburg: ‘We hebben al een belangrijke stap gezet met het onderschrijven van de gedragscode GOMA. Ons werk is ook in het belang van de patiënt tenslotte en dit geeft ons een grote verantwoordelijkheid in het adequaat afhandelen van claims. De komende jaren zullen we eraan werken het schadebehandelingsproces nog beter onder controle te krijgen. In het kader van de GOMA betekent dit dat we patiënten van meet af aan willen informeren over de sta-



## 'DE MELDPUNCTACTIE VAN DE CONSUMENTENBOND LEIDT TOT EEN DEFENSIEVE HOUDING VAN PROFESSIONALS EN DAAR WORDT DE ZORG NIET BETER VAN'



Dik van Starckenburg, voorzitter Raad van Bestuur Ziekenhuis Gelderse Vallei

tus quo en dat we zaken zo snel mogelijk willen afhandelen.' Verder gaat MediRisk bekijken of de database ook voor andere klinische afdelingen is te benutten, zoals de verpleegkundige afdelingen, de ziekenhuisfarmacie en de afdelingen hygiëne en infectiepreventie. 'Het is onze taak de data dienstbaar te maken aan de ziekenhuizen en professionals,' licht Van Starckenburg toe. 'Dit kunnen we ook doen door te laten zien welke vakgroepen het goed en minder goed doen en door slimme checklists te maken. Op de SEH zagen we een aantal jaar geleden bijvoorbeeld vrij veel klachten over pols- en handletsel. Dus hebben we een checklist ontwikkeld om te voorkomen dat zaken over het hoofd worden gezien, en controleren we ook of die wordt gebruikt.'

Een laatste ontwikkelpunt dat Van Starckenburg noemt, is zorgen voor complementariteit. Ziekenhuizen registreren gegevens voor heel veel controlerende, certificerende en accrediterende instanties. 'We moeten voorkomen dat ze hierbij dingen dubbel moeten doen,' zegt hij. 'Dit betekent bijvoorbeeld dat we de ontwikkeling van nieuwe vangnetten opnieuw zullen afstemmen met het NIAZ'.

### GEVAAR VOOR DEFENSIEVE HOUDING

De toegenomen aandacht voor preventie en transparantie heeft bijgedragen aan een daling van het aantal claims na medische fouten, stellen beiden. Huisman: 'Dat is ook een logisch gevolg. Als je open bent over wat fout gaat, kweek je begrip en wordt het acceptabeler voor mensen wat hen is overkomen. En ook de komst van de vangnetten voor de OK en SEH heeft een belangrijke rol gespeeld in de daling van het aantal claims.'

In het licht van deze ontwikkeling zijn beiden sceptisch over het initiatief van de Consumentenbond om een klachtenmeldpunt te openen voor medische missers en een omgekeerde bewijslast in te voeren voor medisch specialisten die van een medische fout worden beticht. 'De discussie hierover speelt al langer,' zegt Huisman, 'ook op politiek niveau. Ik zou het invoeren van die omgekeerde bewijslast heel onverstandig vinden. Aansprakelijkheid moet worden aangetoond. Anders zullen we een toename zien van schadeclaims en

uitkeringen en dus een toename van de zorgkosten. Nog afgezien van het probleem dat het tot een defensieve houding zou leiden bij professionals. Ik geloof niet dat we daar beter van zouden worden. We kunnen beter zorgen dat het niet nodig is wat de Consumentenbond wil en dat doen we door het systeem beter te maken.'

Van Starckenburg is dezelfde mening toegedaan. 'Ik begrijp best dat de Consumentenbond de druk wil opvoeren, maar je moet wel zorgen dat het elastiek niet knapt. We moedigen professionals juist aan om fouten te melden. Het ontstaan van een claimcultuur zou hierin erg contraproductief zijn. Je moet de balans behouden.'

### ZELF ONDER DE LOEP

Behalve dat Huisman en Van Starckenburg betrokken zijn bij MediRisk, zijn ze ook nog ziekenhuisbestuurders, respectievelijk van het Slingeland Ziekenhuis en Ziekenhuis Gelderse Vallei. Hoe hebben ze in die functie de vangnetbezoeken van MediRisk aan hun OK's en SEH's ervaren? 'Dat houdt je stevig bij de les,' zegt Van Starckenburg. 'Na de eerste bezoeken zagen de formulieren behoorlijk rood. Dan moet je echt met je professionals aan tafel.' Ook Huisman heeft het als positief ervaren. 'Ik vind het heel goed als mensen van buitenaf meekijken, want dat helpt je om je zaken beter op orde te krijgen. Ik ben dus wel een fan van MediRisk.' ■



### Paul van der Wijk nieuwe vicevoorzitter

- Tegelijk met de nieuwe voorzitter trad bij MediRisk ook een nieuwe vicevoorzitter aan: Paul van der Wijk, in het dagelijks leven lid van de Raad van Bestuur van het Martini Ziekenhuis in Groningen. Hij vertelt: 'Ik heb ja tegen deze functie gezegd omdat ik MediRisk zie als een sterk merk dat bovendien sterk in ontwikkeling is. Het is mooi om met mijn achtergrond als bestuurder vanuit de praktijk aan die ontwikkeling te kunnen bijdragen.'

In zijn bestuursfuncties heeft Van der Wijk MediRisk al in de dagelijkse praktijk leren kennen. 'Hoewel de zorg de laatste jaren beslist veiliger en beter is geworden, doen zich in ieder ziekenhuis wel eens calamiteiten voor,' zegt hij. 'Externe ondersteuning in het afhandelen van claims is dan onontbeerlijk en MediRisk is hier goed in, met aandacht voor de procedurele afhandeling en met inlevingsvermogen voor de patiënt. Daarnaast speelt MediRisk een belangrijke rol in de ondersteuning van ziekenhuizen op het gebied van preventie. Ze brengt in beeld op welke afdelingen de risico's het grootst zijn en helpt ziekenhuizen bij het ontwikkelen van beleid om calamiteiten te voorkomen. Ons eigen ziekenhuis kreeg recent bezoek van MediRisk in het kader van de follow-up van de vangnetten voor de OK en SEH. We hebben zelf een redelijk uitgebreid auditsysteem voor de OK dat op de vangnetten gebaseerd is, dus ik verwachtte geen schokkende dingen. Maar toch zie je dat zo'n bezoek onmiddellijk tot bedrijvigheid op de OK leidt en het besef versterkt dat iedere dag de puntjes op de i moeten worden gezet. Dat vind ik heel goed.'

### SLINGELAND ZIEKENHUIS

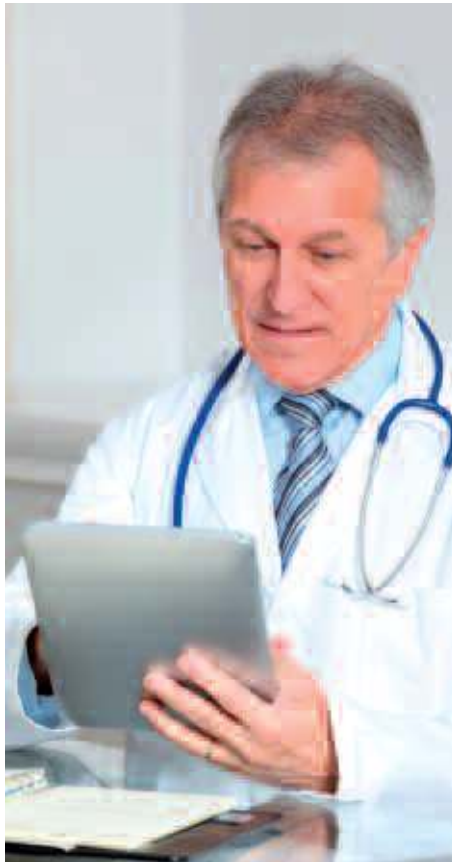
## Arts beschrijft fout in personeelsblad

Een maag-, darm- en leverarts van het Slingeland Ziekenhuis in Doetinchem heeft in het personeelsblad van het ziekenhuis verteld over een verkeerde diagnose die hij heeft gesteld. De arts reageert op een interview met de patiënt in hetzelfde nummer. Hij neemt zijn verantwoordelijkheid in het artikel en beschrijft zijn gevoelens. Het doel van de publicatie is dat medewerkers leren van de fout. In het voorwoord spreekt bestuursvoorzitter Geert Huisman zijn waardering uit voor de specialist en steunt het idee dat zijn personeel van de situatie kan leren. 'Het vergt moed je eigen fouten onder ogen te durven zien.' De patiënt is later overleden. De Inspectie onderzoekt wat er precies is gebeurd.

### WESTFRIESGASTHUIS

## SMS voorkomt misverstanden op OK

Patiënten van het Westfriesgasthuis die zijn ingepland voor een operatie ontvangen daags voor hun operatie een gratis SMS bericht. In dit bericht staan instructies omtrent eten en drinken. Dit voorkomt misverstanden en - in het ergste geval - het afzeggen van operaties. Het kwam regelmatig voor dat patiënten niet nuchter op de OK verschenen. Door een dag voor de operatie een SMS te versturen, is het aantal niet-nuchtere patiënten op de OK sterk afgenomen en wijzigt de OK-planning minder vaak.



### DEVENTER ZIEKENHUIS

## Specialisten gebruiken iPad aan bed

Was er vijf jaar geleden nog een kar met dikke papieren dossiers nodig tijdens de visites, nu dragen steeds meer specialisten in het Deventer Ziekenhuis een iPad in hun doktersjas. De ICT-afdeling van het ziekenhuis ontwikkelde een applicatie waarmee de artsen grote delen van het medisch dossier kunnen inzien, de laatste röntgenfoto's kunnen tonen of de bloeduitslagen kunnen opvragen. Ook kunnen ze nakijken welke patiënten er vandaag op het spreekuur waren en wie er nu in de kliniek of op de Spoedeisende Hulp liggen.



### INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

## 'Ziekenhuis moet in weekend zorg verbeteren'

Ziekenhuizen moeten buiten kantooruren beter voorbereid zijn op acute zorgverlening. Dat heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bekendgemaakt. Medisch specialisten moeten in de avond, nacht en in het weekend bij complexe problemen direct beschikbaar zijn. Bovendien moet bij onverwachte drukte extra personeel opgeroepen kunnen worden. Ook dienen artsen per patiënt vast te leggen welke behandeling met hem of haar is overeengekomen en met wie bij complicaties moet worden overlegd. De Inspectie onderzocht of patiënten buiten kantooruren in ziekenhuizen grotere risico's lopen op complicaties dan overdag. Dit naar aanleiding van geluiden dat er buiten kantooruren meer baby's rond de geboorte zouden overlijden. Dat zou komen door gebrek aan personeel. Het onderzoek heeft volgens de Inspectie niet uitgewezen dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen sterfte in het weekend, in de avond en in de nacht en het niveau van de zorgverlening. Toch vindt de organisatie dat ziekenhuizen de patiëntenrisico's beter moeten afdekken.



## WEEK VAN DE PATIËNTVEILIGHEID

# Patiënt Veilig, hoe doen we dat?

Het kenniscentrum Patiëntveiligheid van het Erasmus MC organiseert op 17 november in het Scheepvaart- en Transportcollege in Rotterdam een symposium rondom de vraag: Teamwork, ja natuurlijk, maar wat houdt het eigenlijk in? Professionals laten vanuit hun eigen discipline en rol zien hoe samenwerken in een team de kwaliteit en veiligheid kan verhogen. Onder leiding van dagvoorzitter Eveline Brandt wordt een kritisch panel van ervaringsdeskundigen uit de zorg en daarbuiten gevraagd te reflecteren op de presentaties en in te brengen stellingen. Aanmelden kan via [congresbureau@erasmusmc.nl](mailto:congresbureau@erasmusmc.nl).

## LANDELIJK CONGRES OP 15 NOVEMBER

# Hoe borg je patiënt- veiligheid?

Verschillende ziekenhuizen kregen onlangs te maken met besmetting door een multi-resistente bacterie. Dergelijke uitbraken hebben de discussie rond patiëntveiligheid doen oplaaien: hoe kunnen we de veiligheid van patiënten waarborgen, hoe zijn verantwoordelijkheden verdeeld en welke verbeteringen zijn er nog te maken? Dit congres gaat over de borging van patiëntveiligheid in de dagelijkse praktijk en het belang van verankering binnen de cultuur van uw ziekenhuis. Clinical governance is daarvoor een methode en ook het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) - eind 2012 voor alle ziekenhuizen verplicht - borgt patiëntveilig werken. Maar hoe kunt u zorgen dat veranderingen organisatiebreed worden gedragen en beklijven? Wat kan de IGZ als toezichthouder betekenen voor de dagelijkse praktijk? En hoe kan de patiënt zelf structureel worden betrokken voor een veiliger ziekenhuiscultuur? In de ochtend staan deze vragen centraal, 's middags komen twee praktijkvoorbeelden aan bod: veiligheidsrondes voor continu verbeteren en 'STAP', voor een veilig peri-operatief proces. Meer informatie: [www.leidscongresbureau.nl](http://www.leidscongresbureau.nl).



## Operatiekamer van de toekomst

Nu veel ziekenhuizen aan de vooravond staan van een grondige vernieuwing van hun operatiecomplex, is de tijd rijp voor een nieuwe kijk op de operatiekamer van de toekomst. Hierin voert gezond verstand de boventoon en vormen huidige en toekomstige processen de basis voor het ontwerp. Dat stellen het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en TNO in het Manifest voor de OK van de toekomst. Om de OK te verbeteren, zijn jarenlang oplossingen gezocht in de vorm van techniek, zoals betere luchtbehandeling en ICT-mogelijkheden. Maar verhoogt alle technologie nu echt de patiëntveiligheid of is de veiligheid van de patiënt ook met alternatieve middelen gewaarborgd? De grootste verbeterpunten met betrekking tot patiëntveiligheid zitten hem volgens de initiatiefnemers in bescheidenheid, discipline en teamwork. Het manifest is te downloaden op [www.tno.nl](http://www.tno.nl).

## Voorlichtingssite Letselschade Raad

De Letselschade Raad heeft geconstateerd dat patiënten moeilijk neutrale, praktische informatie kunnen vinden als ze menen dat hun zorgverlener een medische fout heeft gemaakt. Daarom heeft de Raad een website gelanceerd waar relevante informatie is te vinden over de afwikkeling van schade die is ontstaan als gevolg van een medische handeling. Er zijn ook adressen en adviezen te vinden die patiënten meer grip moeten geven op hun zaak. Kijk voor meer informatie op [www.deletselschaderaad.nl/naeenmedischefout](http://www.deletselschaderaad.nl/naeenmedischefout).



## Database van veiligheidsprojecten

ZonMw heeft meer dan 130 projecten op het gebied van patiëntveiligheid samengebracht op [www.veiligheidsdatabase.nl](http://www.veiligheidsdatabase.nl). Hiermee wordt de kennis over patiëntveiligheid gemakkelijker vindbaar voor toepassing in de praktijk. Relatief veel projecten betreffen de eerste lijn, ziekenhuizen en verplegings- en verzorgingshuizen. Onderwerpen zijn bijvoorbeeld medicatieveiligheid, systemen voor het veilig melden van incidenten, veiligheid op de operatiekamer, valpreventie en vrijheidsbeperking. Het streven is om van elke succesvolle methode minstens één voorbeeld in de database te hebben.

U kunt uw veiligheidsprojecten aanbieden via [veiligheidindezorg@zonmw.nl](mailto:veiligheidindezorg@zonmw.nl).

# Intercollegiale audits

Niet eng, maar een voedingsbodem voor verbetering

Een audit is een goed instrument om te zien in hoeverre afspraken over de manier van werken in het ziekenhuis worden nageleefd. Veel ziekenhuizen werken dan ook met een intern auditsysteem. Maar ook de externe audit door collega's uit andere ziekenhuizen doet haar intrede, vooral in OK's. 'De blik in elkaars keuken is de investering dubbel en dwars waard.' **DOOR ANNEMIEK MANUEL**

In januari 2011 werd de OK van het Deventer Ziekenhuis bezocht door twee specialisme-deskundigen van een ander ziekenhuis. Doel: het uitvoeren van een audit op basis van eisen uit het TOP-onderzoek, waarmee de Inspectie voor de Gezondheidszorg de stand van zaken rondom de uitvoering van het operatieve proces in algemene en academische ziekenhuizen beoordeelt. Bart Gietema, OK-hoofd Chirurgie in Deventer, licht toe: 'Op basis van het TOP-onderzoek in 2010 heeft de IGZ ons een aantal voorwaarden gesteld en aanbevelingen gedaan die moesten leiden tot verdere verbetering van de kwaliteit in de OK. Daarbij adviseerde zij een externe audit voor de controle op de uitvoering. Daar konden wij ons goed in vinden. Wij hebben een goed functionerend intern auditsysteem en weten hoe een audit werkt. Angst voor audits is daarbij geen issue, onze cultuur is gebaseerd op openheid. Bovendien beseft iedereen hoe belangrijk het is om risicogebieden en verbeterpunten zichtbaar te maken. Op dezelfde manier keken wij aan tegen een audit door externe collega's. Omdat het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch veel ervaring heeft op het gebied van externe audits, hebben wij onze collega's daar gevraagd een audit voor ons uit te voeren.'

## BEDRIJFSBLIND

Henriete van Breda is unithoofd Chirurgie van het operatiecentrum in het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Zij voerde samen met collega Dung Nguyen de audit in het Deventer Ziekenhuis uit. 'We hebben eerder audits uitgevoerd bij andere ziekenhuizen en ook ervaring opgedaan met een externe TOP I, II en III audit in ons eigen ziekenhuis. Dergelijke audits zijn ontzettend leerzaam. Zij helpen om alert te blijven. Wanneer je altijd in dezelfde omgeving en volgens dezelfde protocollen werkt, ligt bedrijfsblindheid op de loer. Routinematigheid kan veroorzaken dat je niet volledig alert bent. Een OK-deskundige van buiten signaleert dat heel snel. De gebouwen, culturen en werkwijzen zijn weliswaar niet in elk ziekenhuis identiek, maar

we houden ons allemaal bezig met hetzelfde proces, kennen de kritieke punten in een OK en weten waar we op moeten letten. Bovendien zien externe auditoren, juist door die verschillen tussen de ziekenhuizen, andere verbeterpunten en oplossingen. Het is zonde om daar geen gebruik van te maken. Vandaar dat we graag ingingen op het verzoek uit Deventer.'

## REGIO RIJNMOND

De waarde van externe blik wordt ook elders in het land gesignaleerd. In de regio Rijnmond werken elf ziekenhuizen samen met als doel de kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg in de regio te bevorderen. De ziekenhuizen (onder meer Havenziekenhuis, Oogziekenhuis, Sint Franciscus Gasthuis, Ikazia Ziekenhuis en Ruwaard van Putten ziekenhuis) hebben zich hiervoor verenigd in de Stichting Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen (SRZ). Een belangrijke rol in de stichting is weggelegd voor het Netwerk VMS Rijnmond, dat in 2009 werd opgericht en wordt getrokken door Johan Dorresteyn, directeur van het Havenziekenhuis. 'De basis voor dit netwerk is een convenant, ondertekend door de bestuurders en medische staven van alle ziekenhuizen, waarin we hebben afgesproken dat we op het gebied van patiëntveiligheid samenwerken zonder enige terughoudendheid vanuit concurrentieoverwegingen. Vertrouwelijkheid is daarbij een onmisbaar uitgangspunt. We denken samen, overleggen samen en werken samen aan verdere verbeteringen. Ieder jaar wordt daartoe een specifiek thema opgepakt. In 2011 is dat de time out-procedure. Eén van de instrumenten om vast te stellen hoe we er op dat vlak voor staan is de zogeheten friendly audit. Vreemde ogen zien nu eenmaal meer.'

De rapportages van deze audits zijn in het Netwerk besproken in aanwezigheid van de deelnemende veiligheidscoördinatoren en OK-hoofden. 'Juist vanwege de afgesproken vertrouwelijkheid hebben we daar heel open met elkaar over kunnen praten en elkaar kunnen



adviseren,' zegt Dorresteyn. 'In zijn algemeenheid kan worden geconcludeerd dat de procedures overal goed draaien, maar dat er verschillen zijn en ook verbeteringen mogelijk blijven. De adviezen die hieruit voortvloeien wegen zwaar. Het gewicht van het Netwerk en de terugkoppeling aan bestuurders maakt dat daar serieus mee wordt omgegaan. Het Netwerk richt zich in 2012 op een nieuw onderwerp. Het is dan aan de Stichting SRZ om de audits een structurele vorm te geven. Wij verwachten dat wij veel van elkaar kunnen blijven leren.'

#### **LIMBURGSE SAMENWERKING**

In het zuiden van het land besloten vijf ziekenhuizen – waaronder VieCurie MC en Sint Jans Gasthuis – tijdens netwerkmeetings voor kwaliteitsmanagers in 2009 om een gezamenlijk OK-auditteam in te stellen. Reden hiervoor was dat het binnen de ziekenhuizen vaak lastig is om speciale op de OK's gerichte audits te organiseren. De specifieke kennis van de eisen die worden gesteld aan het OK-proces is slechts beperkt aanwezig bij auditoren van andere afdelingen.

Het OK-auditteam in de Limburgse regio bestaat uit een pool van twaalf medewerkers uit de vijf ziekenhuizen die werken in de OK of bekend zijn met OK-processen en die zijn opgeleid tot auditoren in een tweedaagse training. De focus in de training lag op de risicopunten, de wijze van bevragen en het opstellen van en communiceren over rapportages. Input voor deze training werd geboden vanuit het NIAZ en door MediRisk, vanuit haar ervaring met vangnetten en verificatiebezoeken. De audits zijn gebaseerd op eisen van de IGZ, MediRisk en Centramed en worden jaarlijks minimaal één keer bij de vijf ziekenhuizen uitgevoerd. Het OK-auditteam wisselt per ziekenhuis van samenstelling en bestaat telkens uit twee auditoren van twee verschillende ziekenhuizen. Het voordeel van deze aanpak is dat de kennis van minstens drie ziekenhuizen samen wordt gebracht, waardoor de discussie over verbeteringen breder wordt getrokken en de resultaten in de rapportage breed gefundeerd zijn.

#### **OPEN EN GASTVRIJ**

Opvallend is dat er in geen van de betrokken ziekenhuizen sprake is ►



## ‘GOED GEORGANISEERD, BIEDEN DE INTERCOLLEGIALE AUDITS VEEL TOEGEVOEGDE WAARDE EN VORMEN ZIJ EEN BELANGRIJKE VOEDINGSBODEM VOOR VERBETERINGEN’

van angst voor of weerstand tegen extern bezoek. ‘Integendeel,’ zegt Michael Fennema, medisch manager en anesthesioloog van de OK in het Vlietlandziekenhuis in Schiedam. ‘De algemene conclusie na een eerste serie audits is dat medewerkers in de OK zich zeer open en gastvrij hebben opgesteld en dat de auditoren de blik in elkaars keuken als boeiend en leerzaam hebben ervaren. Natuurlijk, je bent op elkaars bezoek voorbereid en bent daardoor waarschijnlijk iets bewuster bezig met de geldende afspraken. Het zou misschien nog beter zijn wanneer een dergelijke audit onaangekondigd plaatsvindt. Maar dat geldt evenzeer voor interne audits. En bovendien, het heeft in feite een positieve invloed: medewerkers zijn extra bewust bezig met hoe het hoort. Zij staan er even extra bij stil. Dat is minstens zo belangrijk als een goede score.’

### BLOEMETJE OP DE OK

Bovendien blijkt dat de meerwaarde van de intercollegiale audits niet eens zozeer zit in de formele score, maar in de ‘bijvangst’, is de ervaring van Bart Gietema van het Deventer Ziekenhuis: ‘De formele audit is gebaseerd op eisen die je allemaal kent en waar je met elkaar aan werkt om daar zo goed mogelijk aan te voldoen. Veelal ken je je eigen zwakheden heel goed en de resultaten van de audit vormen daar een bevestiging van. Interessant is vooral wat de auditoren verder opvalt, vanuit hun ervaringen in hun eigen of andere ziekenhuizen. Zo constateerden onze auditoren een verschil in werkwijze in onze time out-procedure: wij zijn nagenoeg een papierloze afdeling en staan daarom bij onze computerapparatuur op het moment van de time out. In het Jeroen Bosch Ziekenhuis staat men rond de patiënt, die op dat moment nog niet verdoofd is. Het één hoeft niet per definitie beter of slechter te zijn dan het ander, maar door er met elkaar over te praten krijg je wel een beeld van of iets beter kan. Wij hebben op basis van dit overleg besloten ook met elkaar rond de patiënt te staan tijdens de time out. Een ander voorbeeld betreft het 2-zonebeleid dat wij in onze OK voeren. In de ene zone gelden strikte OK-regels, in de andere zone zijn bijvoorbeeld een bloemetje op tafel en kartonnen dozen toegestaan. De auditoren waren onbekend met dit fenomeen en wezen ons op de bloemen en dozen. Na een toelichting zijn zij op hun beurt gaan nadenken over de mogelijkheden daarvan voor hun eigen OK.’

Henriete van Breda van het JBZ reageert: ‘Op het moment van deze audit zaten wij nog in ons oude gebouw. Door audits in verschillende andere ziekenhuizen zagen we hoe dingen ook anders kunnen. Zo konden wij nadenken over mogelijkheden voor de werkwijze in het nieuwe gebouw. Dat gold bijvoorbeeld voor het 2-zonebeleid in het Deventer Ziekenhuis. Maar ook de centrale opdekruimte in Deventer en de daaraan gekoppelde werkwijze bood ons een andere kijk op de mogelijkheden in het nieuwe gebouw. Daar zit hem een groot deel van de meerwaarde van een goede audit: je ziet andere mogelijkheden en leert van elkaar.’



Havenziekenhuis

### ELKAAR VINDEN

Peter Sanders, beleidsmedewerker kwaliteitszorg van het Laurentius Ziekenhuis vult aan: ‘De duidelijke actie- en verbeterpunten die volgden uit de rapportages van de audits richtten zich ook in onze ziekenhuizen vooral op nevenaspecten, zoals opslag en routings tussen vuil en schoon. Maar daarnaast zien wij grote waarde in de contacten die zijn gelegd. Kwaliteitsmedewerkers en OK-medewerkers uit de verschillende ziekenhuizen weten elkaar nu beter te vinden. Zij nemen gemakkelijker contact op bij vraagstukken en oplossingen worden breed gedragen. Het is echt niet nodig dat ieder voor zich het wiel uit moet vinden.’ Die conclusie wordt door alle geïnterviewden gedeeld. Zij zijn dan ook stuk voor stuk groot voorstander van de externe, intercollegiale of *friendly audits* en streven graag naar structurele samenwerkingsverbanden op dit vlak. Het gevaar dat er wellicht te weinig met de resultaten en adviezen zou worden gedaan, vreest geen van hen. ‘De audits worden uitgevoerd door collega’s, dat legt gewicht in de schaal,’ zegt anesthesioloog Michael Fennema. Artsen luisteren nu eenmaal liever naar collega’s die vakinhoudelijk op de hoogte zijn van hun werk, dan naar iemand uit een ander vakgebied. Op die manier bevorderen *friendly audits* het nadenken over verbeteringen. Ik denk wel dat het helpt is als je elkaar al een beetje kent. Dat maakt onderwerpen gemakkelijker bespreekbaar, waardoor je meer van elkaar kunt leren. Anderzijds bevordert het misschien de objectiviteit als je elkaar niet kent.’

### GOEDE GETRAINDE AUDITOREN

Henriete van Breda: ‘Het uitvoeren van een dergelijke audit is niet moeilijk en je kunt voldoende kritisch naar elkaar zijn. Enerzijds omdat de TOP-eisen helder zijn: over de score hoef je niet te discussiëren. En voor wat betreft de nevenaspecten waar je daarnaast op let: je kijkt kritisch, schrijft op wat je ziet, overlegt met elkaar wat je anders zou doen en wisselt ideeën en ervaringen uit. Maar je hoeft geen oordeel te vellen. Daar zijn andere partijen voor.’ Volgens Peter Sanders nemen de externe audits wel relatief veel tijd in beslag. Je bent er toch enkele dagen mee bezig, dat is nogal wat. Daarnaast is dit werk niet voor iedereen weggelegd. Je moet kritisch kunnen en willen kijken en op de juiste manier, vanuit een positieve insteek, kunnen communiceren over resultaten. Daar moet je auditoren goed in trainen. Maar als je het goed organiseert, bieden deze intercollegiale audits veel toegevoegde waarde en vormen zij een belangrijke voedingsbodem voor verbeteringen.’

Goede ervaringen in Medisch Centrum Leeuwarden met IFMS-gesprekken

# ‘Specialisten willen graag feedback’

Sinds november 2009 wordt in het Medisch Centrum Leeuwarden eens in de twee jaar het individueel functioneren van medisch specialisten geëvalueerd. Dit gebeurt aan de hand van een portfolio, het verzamelen van anonieme feedback bij derden, het voeren van het IFMS-gesprek en door het maken van een persoonlijk ontwikkelingsplan. Dat alles bij elkaar is het systeem van appraisal and assessment. ‘Feedback van derden is onmisbaar,’ aldus kinderarts Arvid Kamps, lid van de IFMS-commissie. **DOOR NATASCHA SPANGENBERG**

‘Individueel Functioneren van Medische Specialist (IFMS) verhoogt het professioneel handelen van de specialist. Het is belangrijk voor de specialist zelf, voor de vakgroep en voor de medische staf als geheel om zijn of haar sterke punten en verbeterpunten te kennen. Hiervoor heb je feedback nodig. Zonder feedback is een IFMS-gesprek niet mogelijk. Om als arts goed het vak uit te kunnen oefenen is het ook nodig om te weten hoe anderen vinden dat je functioneert. Denk hierbij aan de samenwerking met anderen, het omgaan met patiënten, het functioneren in het ziekenhuis, het bijhouden van kennis en vaardigheden en het maatschappelijk handelen.’

## FEEDBACK

‘Iedereen in het ziekenhuis kan een verzoek krijgen om feedback te geven over het functioneren van een specialist. Dat gebeurt op anonieme wijze via een e-mail van het IFMS-secretariaat. De feedback komt uit de werkomgeving van de specialist, zoals polikliniek, vakgroep, OK, verpleegafdeling, opleiding en management. Aan de feedbackgevers wordt gevraagd drie sterke punten te noemen en drie tips voor verdere verbetering. Nogmaals, deze informatie wordt anoniem verzameld. Degene over wie het gaat, kan niet bij deze gegevens komen. Feedback



Arvid Kamps, kinderarts en lid IFMS-commissie (foto: MCL)

geven is dus niet eng en bovendien, degene over wie het gaat, doet vrijwillig mee aan het IFMS-gesprek. Hij of zij wil dus graag feedback ontvangen.’

## SPIEGEL

‘De spiegeljaar is degene die in het IFMS-gesprek de feedback gaat bespreken met de hoofdpersoon, de specialist. Voor een specialist is het prettig om te horen wat de werk-

omgeving van hem of haar vindt. De hoofdpersoon herkent zich in dit beeld of juist niet. Het is prettig voor een specialist om bevestiging te krijgen dat je het goed doet of dat je juist verbetertips krijgt aangereikt om nog beter te functioneren. Het IFMS-gesprek wordt afgesloten door het gezamenlijk vaststellen van het persoonlijk ontwikkelingsplan. Dit ontwikkelingsplan komt na twee jaar weer aan de orde. Dan wordt gekeken in hoeverre de gestelde doelen zijn behaald. Het is dus heel belangrijk dat iedereen in het ziekenhuis bereid is feedback te geven.’ ■

Meer weten? Neem contact op met beleidsmedewerker Jelly Meindersma van het Bestuur Medische Staf van het Medisch Centrum Leeuwarden, telefoon (058) 286 7431.

# Verwisselingsfout: de juiste teen?

Ondanks een markering en een time out vlak voor de ingreep, opereert een operateur de verkeerde tenen. Hoe kon dit gebeuren?

DOOR BART JONGBLOED, PREVENTIEMANAGER MEDIRISK

## DE CASUS

Een operateur spreekt met zijn patiënt af de eerste en tweede teen van de linkervoet te opereren. De verpleegkundige markeert op de verpleegafdeling, in samenspraak met de patiënt, de te opereren zijde. De pijl staat op het onderbeen, niet bij de te opereren tenen. Het markeerbeleid in dit ziekenhuis is zo vastgesteld, omdat de operateurs het hinderlijk vinden als de markering bij de operatieplaats zit. De huidstructuur op de incisieplaats is dan minder goed zichtbaar. Op de operatieafdeling controleren de medewerkers de juiste operatiezijde aan de hand van de 'checklist voor operatiepatiënten'. Hierin zijn alle belangrijke controles

vanaf overdracht naar de operatieafdeling tot en met overdracht naar de verpleegafdeling opgenomen. De time out-procedure maakt hier deel van uit. In de checklist zijn uitsluitend controles van de te opereren zijde opgenomen, niet van de plaats. Voordat de voet wordt afgedekt controleert de operateur nog eenmaal aan de hand van het dossier welke operatie hij moet uitvoeren. Hij vinkt hiervoor de betreffende velden in de checklist af. Het dossier spreekt over de eerste en de tweede teen. De operateur voert de operatie echter uit aan de tweede en derde teen. Niemand merkt deze vergissing op. Dit gebeurt pas enkele dagen na de operatie. De operateur bespreekt het incident met de

patiënt en twee weken later opereert hij alsnog de eerste teen.

## DE RECONSTRUCTIE

Op de checklist blijken achteraf niet alle velden te zijn afgevinkt, waardoor onduidelijk is of alle checks daadwerkelijk zijn uitgevoerd. Zo is het veld van de time out-procedure niet afgevinkt. De time out is volgens de betrokkenen wel uitgevoerd. Opvallend is dat meerdere velden met één paraaf zijn afgevinkt in plaats van ieder veldje met een paraaf of een vink. Er zijn twee basisoorzaken te onderscheiden: de onvolledige werkafspraken en de onjuiste uitvoering van deze afspraken. De

---

## Minimale eisen om verwisselingsfouten te voorkomen

### 1. Markeren van de te opereren zijde en operatieplaats

De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en de Nederlandse Orthopedische Vereniging hebben bepaald dat markeren noodzakelijk is om de kans op verwisselingsfouten te verkleinen. Na een analyse van verwisselingsclaims stelde MediRisk dat ook vingers en tenen gemarkeerd moeten worden. Sindsdien is deze markering onderdeel van de verplichte OK-vangnetten.

### 2. Time out-procedure

De time out-procedure is een onderdeel van de perioperatieve checklist waarin (veel) risicovolle processtappen worden gecontroleerd. Tijdens de time out checkt het voltallige operatieteam vlak voor de incisie de allerbelangrijkste aspecten. De Inspectie voor de Gezondheidszorg eist dat elk ziekenhuis een time out-procedure toepast. MediRisk spreekt in haar vangnetten van meerdere verificatiemomenten in het zorgproces die door meerdere zorgverleners moeten worden uitgevoerd. Het medisch dossier is daarbij leidraad.

### 3. Audits

Om het functioneren van de procedures te toetsen moet het ziekenhuis periodiek onderzoeken of de procedures correct worden toegepast en nageleefd. De IGZ verlangt daarom van de ziekenhuizen dat zij audits uitvoeren, waarbij onder meer het functioneren van de time out-procedure wordt getoetst. MediRisk heeft de audit opgenomen in de vangnetten en kan u ondersteunen bij de invoering.





werkafspraken voldoen op hoofdlijnen aan de geldende normen. De perioperatieve checklist van het ziekenhuis voorziet echter niet in een controle op de operatieplaats. Het team heeft er bewust voor gekozen om uitsluitend de operatiezijde te markeren. Juist dan is het van belang om de kans op verwisseling van plaats, zoals vingers en tenen, op een alternatieve wijze te voorkomen. De procedure had hierin moeten voorzien. Bovendien geven de MediRisk-vangnetten aanwijzingen om ook vingers en tenen te markeren. Net als verwisseling van de links-rechts zijde komen verwisselingen van tenen en vingers vaak voor.

Naast hiaten in de procedure schiet de uitvoering van de werkafspraken tekort. Uit de registratie (het afvinken) op de checklist blijkt dat OK-medewerkers de lijst onvoldoende gebruiken als hulpmiddel. Slechts enkele velden zijn afgevinkt, andere zijn met een enkele pennestreek afgevinkt. Er bestaat zo een ontorechte indruk van veiligheid. Ook valt op dat audits die plaatsvonden op de OK zich alleen hebben toegespitst op een steekproef van ingevulde checklists en een aantal interviews met OK-medewerkers. Het is niet duidelijk of de audits ook tot een vaststelling van knelpunten en verbetermaatregelen hebben geleid, zoals gebruikelijk is.

#### **WAT KAN EEN ZIEKENHUIS DOEN?**

Vergissingen maken is menselijk. Ook ongemerkte afname van consequente naleving van procedures is een bekend verschijnsel. De procedures zijn dan ook bedoeld om vergissingen te helpen voorkomen of deze tijdig te herkennen. Daarom is het van wezenlijk belang om structureel audits uit te voeren. Juist om erachter te komen of de werkafspraken nog worden uitgevoerd zoals ze bedoeld waren. Het is belangrijk dat deze audits zorgvuldig worden uitgevoerd, zodat er een representatief beeld ontstaat. Claimoverzichten, incidentmeldingen en klachten zijn een houvast bij het bepalen van de meest risicovolle processen waarop een audit zich kan richten.

Het betreffende ziekenhuis heeft het markerbeleid aangepast: voortaan wordt zo dicht mogelijk bij de operatieplaats gemarkeerd. Alle zorgverleners is op het hart gedrukt de procedures nauwgezet na te leven en de checklists zorgvuldig te gebruiken. Bij vaststellingen van onvolkomenheden gelden stopmomenten. Operateurs, medewerkers en leidinggevenden van de operatieafdeling hebben zich nadrukkelijk aan het aangescherpte beleid verbonden. ■

# GESPOT

## Wat te doen bij **Calamiteiten** Patiëntenzorg?

Acuut

Melden

Informereren

Analyseren en afhandelen

**WAT TE DOEN BIJ EEN CALAMITEIT?** Een calamiteit is een 'niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid'. Aldus het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis in Amsterdam. Het is dus noodzakelijk om daar optimaal op voorbereid te zijn. Daarom heeft het SLAZ een calamiteitenprocedure opgesteld die de gang van zaken rondom een calamiteit nauwkeurig in 29 stappen beschrijft: van de wijze waarop de zorgverlener een calamiteit moet melden tot het gesprek met de patiënt en/of familie en de aangifte bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Alle stappen zijn als een checklist te doorlopen, die exact aangeeft welke actie op welk moment door wie moet worden uitgevoerd. Het is een praktisch hulpmiddel dat uw ziekenhuis ook kan helpen alle noodzakelijke stappen te zetten nadat zich een calamiteit heeft voorgedaan.