

Kwartaalmagazine  
voor leden van MediRisk

maart 2012 | 8e jaargang

# Alert

De risico's van het vak

## Vernieuwd

**Drastische daling**  
aantal claims  
anesthesiologie

**Maatwerk en**  
**structuur**  
in vernieuwde  
claimoverzichten

**Caudasyndroom:**  
alert zijn  
voorkomt erger

**Dekking serieschade**  
sterk verhoogd

**MediRisk**  
samen alert op veiligheid



#### Schaderapport Anesthesiologie

De afgelopen vijf jaar daalde het aantal incidenten anesthesiologie drastisch met 75%. Het specialisme verdween uit de top 5 van risicovolle specialismen. Voor de beroepsgroep blijft het belang om verder te werken aan veilige zorg echter groot | pag. 4 |

#### Maatwerk en structuur in claimoverzichten

Vernieuwde claimoverzichten geven nog meer inzage in claiminformatie. Data zijn beter en breder toegankelijk, selecties kunnen naar eigen inzicht aangepast worden. Er is informatie met betrekking tot de eigen organisatie, over welke specialisaties grote risico's dragen en overzichtelijke trends en top 10's. | pag. 8 |



#### MediRisk onderzoekt preventiemogelijkheden caudasyndroom

De impact van het caudasyndroom op het leven van een patiënt is groot. De ernstige gevolgen in combinatie met een stijgende trend zijn aanleiding om de mogelijkheden van preventie maatregelen te onderzoeken. 'Een deel van de fouten is vermijdbaar', aldus de secretaris van de wetenschappelijke vereniging. | pag. 10 |

#### Verruiming van de dekking

Serieschade kan grote gevolgen hebben voor de betrokken patiënten en medisch professionals. Naast de ingrijpende gevolgen is er de zakelijke, juridische kant van serieschade. MediRisk heeft het plafond voor serieschade flink verhoogd en verkleint hiermee het financieel risico voor de leden. | pag. 14 |



## Inhoud

- 3 **Column: Nieuw!**
- 4 **Schaderapport Anesthesiologie 1993-2010:**  
75% minder incidenten
- 7 **Patiënt en veiligheid**  
Kort nieuws
- 8 **Dashboard**  
biedt maatwerk van claimoverzichten
- 10 **Alert zijn voorkomt erger**  
het caudasyndroom
- 13 **MediRisk actueel**  
Kort nieuws
- 14 **Dekking serieschade**  
Financieel risico verkleind
- 17 **Vernieuwingen MediRisk**  
Contact met MediRisk
- 18 **Slimme apps**  
voor preventie
- 20 **Patiënt en veiligheid**



Column van het Bestuur van MediRisk  
Marjoleine van der Zwan & Ebbo van Gelderen

## Nieuw!

2012 is een bijzonder jaar voor MediRisk: we introduceren diverse nieuwe producten en diensten én we vieren ons twintigjarig bestaan. De vernieuwingen zijn een direct gevolg van de nieuwe koers die we in 2011 samen met de leden hebben geformuleerd. Op basis van een nieuwe strategie en missie gaan we onze plannen voor meer

“Meer keuzemogelijkheden en maatwerk in producten en diensten”

keuzemogelijkheden en maatwerk in producten en diensten concretiseren. We zijn ervan overtuigd dat we op deze manier nog actiever samen kunnen werken aan het terugdringen van risico's en het vergroten van de patiëntveiligheid.

Om de vernieuwing bij MediRisk te onderstrepen, hebben we het magazine Alert vernieuwd. Natuurlijk blijft het blad u informeren over nieuws en achtergronden op het gebied van patiëntveiligheid, preventie en claimbehandeling. Want een reactie die we vaak van de leden krijgen, is dat zij zich mede dankzij Alert bewust blijven van het belang van alerte medisch professionals, 24 uur per dag, zeven dagen per week.

In deze eerste vernieuwde uitgave van Alert leest u meer over de vernieuwing van onze claimoverzichten. Leden kunnen dankzij een overzichtelijk digitaal dashboard gaan zien wat de status en looptijd zijn van hun eigen claims, maar ook een algemene top 10 vinden aan claims en vergoedingen. Het artikel over het caudasyndroom benadrukt hoe belangrijk het is gebruik te maken van data over eerdere claims: steeds proberen we samen met de leden gerichte preventie maatregelen te ontwikkelen die bijdragen aan de veiligheid voor de patiënten. Een schaderapport over incidenten en claims op het gebied van anesthesiologie toont aan dat er binnen dit vakgebied de afgelopen vijf jaar veel verbeterd is: anesthesiologie staat niet langer in de top 5 van risicovolle specialismen waarover MediRisk claims ontvangt.

Tot slot een heel praktische vernieuwing voor alle leden: de introductie van uw eigen contactteam bij MediRisk. Niet alleen heeft u vaste contactpersonen, ook uw dossiers zijn allemaal in behandeling bij dezelfde jurist of schadebehandelaar. Wij verwachten hiermee veel meer maatwerk te bieden die past bij uw dienstverlening en patiëntenzorg én op die manier bij te dragen aan een zorgvuldige en voortvarende claimbehandeling.

2012, een bijzonder jaar. Wij houden u op de hoogte van alle vernieuwingen en van de activiteiten die we ook in dit jubileumjaar voor u gaan organiseren.

## Colofon

Magazine Alert is een uitgave van MediRisk over patiëntveiligheid en medische aansprakelijkheid. Het magazine verschijnt vier keer per jaar en wordt kosteloos verstrekt aan verzekerden en relaties van MediRisk.

MediRisk is de grootste medische aansprakelijkheidsverzekeraar voor ziekenhuizen en andere zorginstellingen in Nederland. Opggericht in 1992 door en voor de leden, zonder winst oogmerk. MediRisk werkt samen met haar leden actief aan het terugdringen van risico's en het voorkomen van schade. Als het onverhoopt toch fout gaat, dan zorgt MediRisk voor een zorgvuldige en voortvarende claimbehandeling.

**Redactie**  
Marianne Hekerman, Bart Jongbloed, Marjoleine van der Zwan

**Redactieadres**  
communicatie@medirisk.nl

**Redactionele bijdragen**  
Karin Bos en Annemiek Manuel

**Ontwerp en opmaak**  
Marian Gravesteyn, Rosemary Grasmeyer ontwerpstudio VvAA

**Fotografie**  
Bert Smith, William Koopman ontwerpstudio VvAA

**Druk**  
Schotanus en Jens

**Oplage**  
15.000

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

www.medirisk.nl

#### Raad van Commissarissen MediRisk

drs. D. van Starckenburg RE (voorzitter) - voorzitter Raad van Bestuur Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede dr. P. van der Wijk (vicevoorzitter) - lid Raad van Bestuur Martini Ziekenhuis, Groningen  
drs. M.W. Dijkshoorn AAG  
drs. J.M.L. Ensing - lid Raad van Bestuur Lievensberg ziekenhuis, Bergen op Zoom  
dr. J.S. van der Heide - voorzitter Raad van Bestuur Ziekenhuis Bernhoven, Oss en Veghel  
drs. J.H.D. van Hemsbergen - hoofddirecteur VvAA Groep bv  
W.O. Schreuder, internist en voorzitter Raad van Bestuur Spaarne Ziekenhuis, Hoofddorp

#### Bestuur MediRisk

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

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

ISSN 1878-80 17

Aantal incidenten anesthesiologie drastisch gedaald

# Aanzet voor verdere verbetering

De afgelopen vijf jaar daalde het aantal claims dat bij MediRisk binnenkwam over incidenten op het gebied van anesthesiologie drastisch met 75%. Daarmee verdween dit specialisme uit de top 5 van risicovolle specialismen waarover MediRisk claims ontvangt. Het belang voor anesthesiologen om verder te werken aan veiliger zorg blijft echter groot.

Eind 2011 publiceerde MediRisk het schaderapport Anesthesiologie 1993-2010. Dit rapport geeft inzicht in de schadeclaims die in deze periode zijn ingediend bij MediRisk en biedt een basis voor de ontwikkeling van kwaliteitsprogramma's. De aandacht die in dat kader de afgelopen jaren is uitgegaan naar het beperken van risico's op onder andere de OK werpt zichtbaar vruchten af. Uit het rapport blijkt een drastische daling van ongeveer 75 procent van het aantal claims op het gebied van anesthesiologie. MediRisk ziet dit vooral als

een verdienste van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, NVA. Op dit moment bedraagt het aantal claims per anesthesioloog gemiddeld 0,4 claims per vijf jaar. Het aantal claims op het gebied van anesthesiologie vormt zes procent van het totale aantal claims dat MediRisk binnenkrijgt.

#### Ernstige beschadigingen

Anesthesist Frans ten Have is lid van de kwaliteitsvisiteatiecommissie van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. Hij is verheugd met de dalende

lijn, maar blijft pleiten voor een brede discussie over verdere verbetering van patiëntveiligheid op het gebied van anesthesiologie. "We hebben ons de afgelopen jaren sterk ingezet op dit terrein met onder meer de checklist Groene golf en het beter in kaart brengen van gegevens in de preoperatieve fase. Maar elke schade is er een teveel. Bovendien betreft een weliswaar klein deel van de claims buitengewoon ernstig letsel. In het rapport wordt een patiënt genoemd met ulnarisletsel, omdat er niet voldoende aandacht was voor de positionering van de patiënt



tijdens de operatie. Een verkeerde positionering kan leiden tot complicaties. Een andere patiënt heeft last van een atone blaas en urineretentie als gevolg van een vergeten blaascontrole. Dergelijke schades moeten we zien te voorkomen."

#### Database

Meer informatie over klachten en schades met betrekking tot anesthesiologie zou daaraan kunnen bijdragen, meent Ten Have. Hij pleit dan ook voor een landelijke database waarin anesthesio- >

### De meest risicovolle specialismen

in de periode 2005-2009,  
in alfabetische volgorde:

- Algemene chirurgie
- Anesthesiologie
- Kaakchirurgie
- Obstetrie & Gynaecologie
- Orthopedische chirurgie

in de periode 2006-2010,  
in alfabetische volgorde:

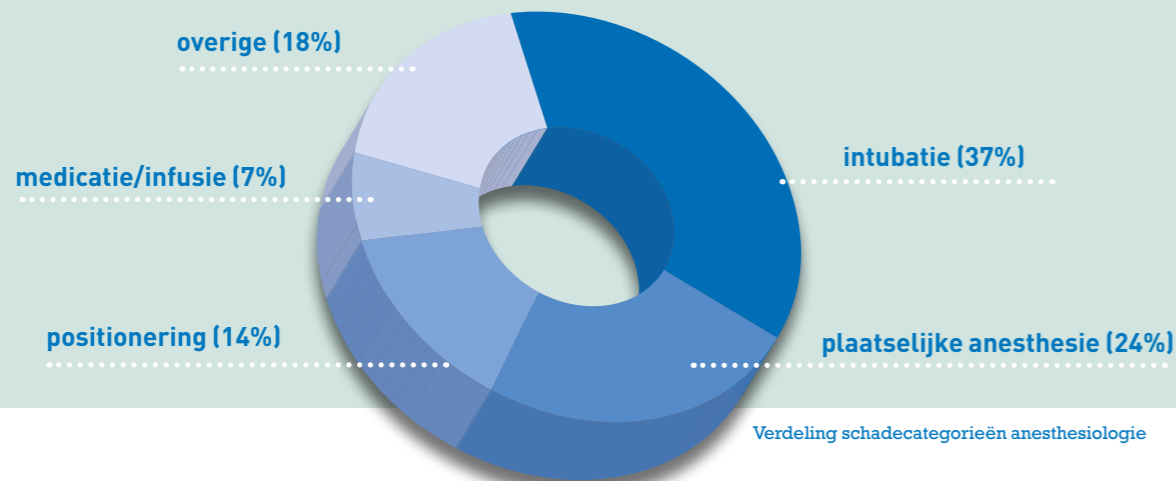
- Algemene chirurgie
- Interne geneeskunde
- Kaakchirurgie
- Obstetrie en Gynaecologie
- Orthopedische chirurgie

## Schaderapport Anesthesiologie in cijfers

MediRisk verzekert 42% van de anesthesiologen. Gemiddeld worden per jaar 58 claims bij MediRisk gemeld over incidenten waarbij anesthesiologen zijn betrokken. In totaal zijn in de periode 1993-2010 884 claims bij MediRisk gemeld over dit specialisme. Patiënten dienen vooral claims in met betrekking tot

gebtsletsel (36%) en zenuwletsel (25%). Ook komt het regelmatig voor dat een patiënt pijn ervaart (7%). Tot slot ziet MediRisk soms claims in verband met een klaplong (3%) of het ontstaan van een infectie (3%). Zenuwletsel komt het meest voor als gevolg van een positionering en als gevolg van de

toediening van plaatselijke anesthesie. Gebitsschade komt relatief vaak voor en heeft een lage schadelast. Daarom is in 2009 in overleg met de leden besloten dat dit gebitsletsel niet meer in de verzekering is inbegrepen. Op deze manier kan de schade vlot afgewikkeld worden door ziekenhuis en patiënt.

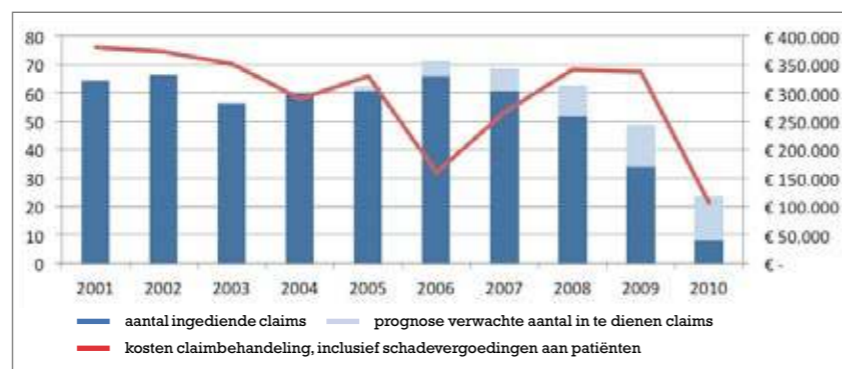


logische complicaties geanonimiseerd worden verzameld. "Vanuit het oogpunt van vertrouwelijkheid is men daar zeer huiverig voor. Toch kan het ons een belangrijke stap verder helpen. Het zou goed zijn als we daar gezamenlijk verder over nadenken. MediRisk kan ook een rol spelen door naast het overzicht dat ontstaat met het huidige rapport, meer inzicht te bieden in de inhoud van de claims. Op die manier kunnen we ons specifiek richten op waar het misgaat. Het monitoren van de positionering bijvoorbeeld is een belangrijk aandachtsgebied dat wel in het rapport wordt genoemd. Maar er zijn er meer." Ten Have noemt er in dat kader zelf in ieder geval één: de bejegening van patiënten. Hij wijst daarbij op het relatief grote aantal anesthesiologische claims dat niet wordt gehonoreerd door MediRisk. Dit houdt in dat mensen wel claimen, maar dat er geen sprake is van verwijtbaarheid c.q. aansprakelijkheid. Maar liefst 66 procent op het gebied van anesthesiologie tegen een gemiddelde van 53 procent voor alle specialismen. "Dat geeft aan dat de communicatie met patiënten over een ongelukkig verlopen

behandeling meer aandacht nodig heeft. Een onbevredigend gevoel na een gesprek leidt vaak tot klachten en claims, of men nu denkt recht te hebben op een vergoeding of niet. Daar moeten we mee aan de slag." Frans ten Have sluit af: "Het rapport van MediRisk kan daar een goede aanzet toe geven. Ik hoop dat het de discussie over patiëntveiligheid in de anesthesiologie in de volle breedte op gang brengt. Er valt nog veel winst te behalen."

Voorlichting over claims in de vorm van specialisme- en ziekenhuisgebonden overzichten, zoals het schaderapport anesthesiologie, vormen een onderdeel van het preventiebeleid van MediRisk. Met de rapporten kunnen wetenschappelijke verenigingen, aangesloten ziekenhuizen en MediRisk zelf gerichte activiteiten op het gebied van kwaliteit en veiligheid ontwikkelen.

### Aantal schadeclaims daalt



Het aantal schadeclaims per jaar vertoont voor het specialisme anesthesiologie vanaf het jaar 2006 een dalende lijn.

## Arts positiever over veiligheid dan medewerkers

Artsen schatten risico's voor patiëntveiligheid positiever in dan verpleegkundigen, klinisch medewerkers en laboranten. Dat blijkt uit promotieonderzoek van Tita Listywardojo. Groepsspecifieke interventies moeten daarom deel uitmaken van iedere campagne om de organisatorische en veiligheids-cultuur te verbeteren, vindt de promovenda. Voor het implementeren van verbeterplannen voor patiëntveiligheid moeten alle medewerkers van het ziekenhuis betrokken worden, stelt Listywardojo. Dus niet alleen de artsen, verpleegkundigen en technici die rechtstreeks contact hebben met patiënten, maar ook managers en laboranten. Tita Listywardojo promoveerde 19 januari 2012 aan de Rijksuniversiteit Groningen op haar proefschrift 'Improving safety culture in health care. Implications of individual and institutional variability'.

## KPMG: 'Bestuurders zorginstellingen weinig grip op veiligheid'

Bestuurders van Nederlandse zorginstellingen hebben te weinig controle op de risico's die de organisatie loopt. Het bestuur laat de verantwoordelijkheid voor het dagelijks beheersen van de risico's met name bij de professionals op de werkvloer. Dat blijkt uit onderzoek van KPMG onder de honderd grootste zorginstellingen. Bij nog geen veertig procent van de zorginstellingen is de verantwoordelijkheid voor patiëntveiligheid en zorgkwaliteit expliciet toebedeeld aan een lid van de Raad van Bestuur.

Bovendien beschikt slechts één op de drie zorginstellingen over een (interne) auditfunctie die verantwoordelijk is voor een onafhankelijk oordeel over de opzet en werking van het risicomanagement. "Uit het onderzoek blijkt duidelijk dat de bestuurders te veel vertrouwen stellen in het management op de werkvloer", constateert Jaap Wijnker van KPMG Healthcare. "Ook het ontbreken van onafhankelijke informatie over risico's en risicomanagement is zorgelijk."

Bijna de helft van de zorginstellingen geeft aan het afgelopen jaar stappen te hebben gezet om risico's beter te kunnen managen. Zo beschikt elke zorginstelling nu over een Raad van Toezicht. In bijna 75 procent van de instellingen rapporteert een auditcommissie aan de Raad van Toezicht. MediRisk-bestuurder Ebbo van Gelderen: "Risicomanagement wordt steeds belangrijker voor de zorg. MediRisk verkent daarom op welke manier we de leden kunnen ondersteunen met het prospectief inventariseren van risico's." | Bron: zorginstellingen.nl.

## Nieuw kwaliteitsinstituut voor betere zorg

Eind vorig jaar maakten minister Edith Schippers en staatssecretaris Marlies Veldhuijzen van Zanten bekend een nieuw Nederlands Instituut voor de Zorg te willen inrichten. Dit NivZ moet de versnippering van taken en verantwoordelijkheden voor kwaliteit in de zorg tegengaan en nieuwe initiatieven stimuleren. Om de kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid van de zorg blijvend te verbeteren, willen de bewindsvrouwen dat het NivZ zorgaanbieders aanspoort om professionele richtlijnen te ontwikkelen, waarin de wensen en behoeften van patiënten centraal staan. Als verbeteringen desondanks uitblijven, heeft het NivZ de bevoegdheid om die af te dwingen. Overigens wordt geen nieuwe organisatie opgericht voor het kwaliteitsinstituut. Het College van Zorgverzekeringen wordt omgedoopt in het Nederlands Instituut voor de Zorg.

## ZorgVeiligPrijs 2012

Voor de vierde keer op rij wordt de verkiezing van de IGZ ZorgVeiligPrijs georganiseerd. De ZorgVeiligPrijs is een prijs voor het beste initiatief op het gebied van patiënt- en cliëntveiligheid in de zorg en wordt uitgereikt tijdens het jaarlijkse congres Patiëntveiligheid in Rotterdam op donderdag 21 juni 2012. Instellingen, organisaties, bedrijven en personen die volgens de IGZ in aanmerking komen voor de prijs, hebben een initiatief ontwikkeld dat de zorg voor patiënten of cliënten aantoonbaar veiliger heeft gemaakt. Het initiatief moet Nederlands zijn, innovatief, inspirerend uitgevoerd in de praktijk, aantoonbaar effectief en moet over te nemen zijn door anderen. Een aantal leden heeft de suggestie gedaan dat MediRisk zich mede namens de leden zou aanmelden met het SEH- en/of het OK-project. Dit is inmiddels gebeurd.

## Schroeven per stuk steriel verpakt

De afdeling Traumatologie van het Spaarne Ziekenhuis in Hoofddorp heeft het materialenbeleid drastisch aangepast. De materialen zijn nu per stuk steriel verpakt, voorzien van een barcode. Dit betekent dat artsen altijd exact weten waar een schroef of plaat terecht komt. Het nieuwe beleid betekent geen grote verandering in de manier van werken. Soms moet men even wachten tot iets is uitgepakt. Bij een vergissing moet de schroef worden weggegooid, want die mag niet opnieuw worden gesteriliseerd. In de traumachirurgie is deze manier van werken nieuw. | Bron: Medisch Contact

# Dashboard

## biedt maatwerk in claiminformatie

Alle leden krijgen claimoverzichten van MediRisk met informatie over onder andere de claims die op hun zorg betrekking hebben. De overzichten zijn dan ook een belangrijke informatiebron om de veiligheid te verbeteren - naast natuurlijk de eigen overzichten van klachten, meldingen en incidenten. Het nieuwe digitale 'dashboard' geeft nog meer informatie.



De leden hebben aangegeven dat ze meer structuur en maatwerk wensen in de claimoverzichten. Daarom gaat MediRisk de claiminformatie aanbieden in een zogenaamd dashboard: in één oogopslag heb je een overzicht van alle claimoverzichten. Schadeanalist Manon Eikens vertelt wat er verandert. "Dankzij

het dashboard zijn alle gegevens uit de claimoverzichten nog beter en breder toegankelijk. Je kunt selecties heel makkelijk naar eigen wens aanpassen. Leden vinden er bovendien veel meer bruikbare gegevens dan voorheen." Eén van de belangrijkste functies van de claimoverzichten is inzage in verbeter-

signalen. Het dashboard ondersteunt de leden bij het monitoren van veiligheid en kwaliteit. Daarbij is snel inzicht in cijfers die er toe doen noodzakelijk. "We hebben geprobeerd om direct duidelijk te maken hoe een ziekenhuis er voor staat, zonder daarop nog een schriftelijke toelichting te hoeven geven. De brontabel in

Excel voegen we wel bij, zodat ziekenhuizen ook zelf analyses kunnen maken. In feite moet je zelfs als complete buitenstaander in één oogopslag de pijnpunten en verbeteringen kunnen zien ten opzichte van andere jaren en andere vergelijkbare ziekenhuizen, en ook onderling tussen afdelingen en vakgebieden. Natuurlijk zijn wij altijd beschikbaar om specifieke vragen van de leden te beantwoorden. Het dashboard zal regelmatig worden geactualiseerd en wordt later dit jaar opgenomen in de besloten omgeving van [www.mijnmedirisk.nl](http://www.mijnmedirisk.nl)."

### Informatie uit meer dan 19.000 claims

Transparantie is binnen handbereik dankzij het nieuw digitale 'dashboard', waarin ziekenhuizen door meerdere niveaus kunnen bladeren om zo tot de kern van hun cijfers te komen. Bovendien zijn in de helder gestructureerde overzichten veel meer bruikbare gegevens opgenomen dan voorheen. De database met informatie over meer dan 19.000 claims sinds 1993 is hierbij van grote waarde. Eikens is content met de nieuwe aanpak. In het dashboard zijn drie lagen te herkennen. Dat is op de eerste plaats de algemene voortgang van het ziekenhuis: de claimstatus, uitkomst en looptijd. Daarnaast is er verdieping op specialisatie, op afdeling en op incident. "Zo zie je per specialisatie de trendontwikkeling van het aantal claims sinds 2002. Andere dimensies zijn de top 10 aan claims en de top 10 aan vergoedingen. Dus: welke specialisaties dragen grote risico's en hebben in het verlengde daarvan te maken met veel vergoedingen aan patiënten voor

geleden schade. Ook voor de afdelingen en incidenten tref je overzichtelijke trends en top 10's aan. Het is informatie waar je direct op kunt sturen."

### Vergelijkende scores

Karen Kruijthof, arts en lid van de Raad van Bestuur van het Sint Franciscus Gasthuis, kreeg alvast een preview van de vernieuwde opzet van de claimoverzichten. "De opzet die ik heb gezien was nog niet specifiek voor ons ziekenhuis. Maar het lijkt een goed middel om snel te zien wat de stand van zaken is. Het identificeren van opvallende zaken is zeker makkelijker geworden. Natuurlijk moet je nog wel zelf de diepte in om de rode draad te ontdekken tussen specialismen, afdelingen en incidenten. Ik zou het heel handig vinden als ik die hoofdlijnen in hapklare brokken per afdeling of vakgebied meteen aan de specialisten en managers kan doorsluizen." Kruijthof is blij dat het gebruik van de kleuren rood en groen van de baan zijn bij vergelijkende scores. "Die suggereren een waardeoordeel. Terwijl zoveel andere signalen een rol kunnen spelen in de definitieve uitkomst van 'goed' of 'slecht'." Wat Kruijthof betreft is het belangrijk dat de vernieuwde overzichten "richting geven aan de analyse, zodat we iets kunnen leren, dat er ruimte blijft voor koppeling met eigen systemen van incidentmeldingen en dat vergelijkingen met de referentiegroep goed inzichtelijk zijn."

### Benchmark

De vergelijkingen met de referentiegroep worden in de nieuwe situatie per specialisatie uitgedrukt in %-punten en

in een grafiek. Voorheen werd alleen de top 5 getoond, nu komen alle vakgebieden aan bod. "Een belangrijke stap dus naar een volledige benchmark", aldus Eikens, die benadrukt dat het makkelijker inzoomen is op zaken die aandacht verdienen. "Al was het maar - en ook dat is nieuw - omdat je bij elk specialisme direct ziet hoeveel claims per fte zijn ingediend. Dit bespreken we natuurlijk ook met de ziekenhuizen. Als er relatief veel claims op de OK binnenkomen, probeer je samen te achterhalen hoe dat kan. Om te leren voor de toekomst, want dat is de belangrijkste functie van de claimoverzichten."

### Input voor discussie

Wim Bleeker, voorzitter medische staf van het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen, gebruikt de informatie uit de claimoverzichten als input voor kwaliteitsverbetering. De presentatie in een dashboard maakt de gegevens nog toegankelijker. "De signalen die van claimoverzichten uitgaan, die zijn belangrijk. De overzichten moeten een discussiepunt vormen. Ik neem ze dan ook mee naar stafvergaderingen. Als je een open cultuur hebt in het ziekenhuis, praat je over je fouten en hoe je dingen kunt verbeteren. Niet dat we de wereld in één dag kunnen veranderen; in een big-bang-beter geloof ik niet. Je moet het elke dag een stukje beter doen." "Dat is ook mijn overtuiging", sluit Eikens aan. "We hebben nu een flinke stap gezet, maar verdere verbeteringen zijn altijd mogelijk. Ik hoop dat leden ons laten weten wat nog ontbreekt en waar onbenutte kansen liggen. We maken de overzichten graag voor iedereen zo werkbaar mogelijk." •

MediRisk onderzoekt preventiemogelijkheden caudasyndroom

# Alert zijn voorkomt erger

Het aantal claims met betrekking tot het caudasyndroom neemt licht toe. De ernstige gevolgen voor patiënten in combinatie met de licht stijgende trend vormen voor MediRisk een belangrijke reden om te onderzoeken of preventiemaatregelen het aantal gevallen van het caudasyndroom en de ernst van de gevolgen kunnen beperken.

Steven (41) heeft na een dag tegels leggen pijn in zijn benen. Links erger dan rechts. De volgende dag is de pijn nog zo hevig dat hij contact opneemt met zijn arts. Dan gaat het snel. De rugfoto's en MRI die daarop volgen tonen een nauw spinaal kanaal op lumbaal niveau. Omdat de klachten daarna alleen maar toenemen, volgt een operatie waarbij de druk op de zenuwen wordt verlicht en een uitstulping wordt verwijderd. Verder worden geen bijzonderheden gevonden.

De assistent neurologie die de ochtend na de operatie visite loopt, signaleert ook geen bijzonderheden. Maar die middag voelt Steven een doof gevoel rond de anus en geen aandrang om te plassen.

Toch wordt 350 cc urine afgenomen. De assistent neurologie controleert daarop de reflexen en de sensibiliteit in de benen en het 'rijbroekgebied'. Die blijken normaal en de conclusie luidt dat een caudasyndroom niet waarschijnlijk is. Hoewel Steven zich de dagen daarna steeds beter kan bewegen, ontstaan toch een toenemende incontinentie en een doof en vreemd gevoel aan zijn benen en billen. Er volgen een spoed MRI en een heroperatie waarbij nog een klein stuk discus wordt verwijderd. Helaas blijft Steven zijn klachten geruime tijd na de ingreep behouden. Hij wordt beperkt in zijn sociale leven, onder meer omdat hij zich een aantal malen per dag moet katheteriseren. Er is onbegrip voor het

feit dat hij nog maar halve dagen kan werken.

## Emotionele schade

Beknelling van de cauda kan meerdere oorzaken hebben. Verreweg de meest voorkomende oorzaak is een hernia van de tussenwervelschijf. Die is goed voor ongeveer tachtig procent. Maar het caudasyndroom kan ook ontstaan als complicatie na een rugoperatie, bijvoorbeeld voor een hernia of kanaalstenose, zoals in het geval van Steven. Hiervan is sprake bij ongeveer vijftien procent van de caudasyndromen. MediRisk ontvangt per jaar gemiddeld vier claims in verband met dit syndroom. "Dat is 0,4 procent van het totaal aantal claims en



relatief weinig", aldus Marije Tiggelman, preventieanalist bij MediRisk. "Maar de impact van het caudasyndroom op het leven van patiënten is enorm. Incontinentie, impotentie en verlamingsverschijnselen aan voeten en benen plegen een enorme aanslag op de dagelijkse leven, veroorzaken veel emotionele schade voor patiënten en hoge kostenvergoedingen." "Daar komt bij dat zich een stijgende trend voordoet in het aantal voorkomende rughernia's", vervolgt Tiggelman. "Ook het aantal claims met betrekking tot het caudasyndroom neemt licht toe. Dat zou kunnen betekenen dat ook het caudasyndroom vaker voorkomt. De ernstige gevolgen voor patiënten in >

## Contra-indicatie gemist

Een arts-assistent neurologie wordt tijdens een avonddienst in consult gevraagd op de afdeling algemene interne geneeskunde, bij een 68-jarige man met onbegrepen koorts, ter uitsluiting van een meningitis. De oorspronkelijke reden van opname was hartfalen bij atriumfibrilleren. Na telefonisch overleg met de supervisor besluit de arts-assistent een lumbale punctie te verrichten. De liquor cerebrospinalis is helder en kleurloos, met een normale samenstelling. De volgende morgen bemerkt de patiënt dat zijn voeten krachteloos en gevoelloos zijn, en dat hij niet meer kan plassen. Bij onderzoek wordt de diagnose gesteld op een caudasyndroom; aanvullend onderzoek toont een epidurale en subdurale bloeding, ter plaatse van de eerdere punctie. Bij navraag bleek de patiënt orale antistolling te gebruiken; dit is een zeer sterke contra-indicatie tegen het uitvoeren van een lumbale punctie.

**Neurochirurg Gert Joan Bouma:****“Preventieactiviteiten welkom”**

**Dr. Gert Joan Bouma is neurochirurg in het AMC en het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis in Amsterdam en secretaris van de wetenschappelijke vereniging. Hij herkent de uitkomsten van de analyse van MediRisk.**

Naar zijn mening worden claims als gevolg van het caudasyndroom na een operatie voornamelijk veroorzaakt door fouten rondom de ingreep, in combinatie met slechte communicatie daarover met de patiënt. “Voor de ingreep kan het dan gaan om een niet goed gecontroleerde stollingsstatus en/of onvoldoende actie naar aanleiding daarvan. Dat wordt overigens voor een deel veroorzaakt door verschillen van inzicht bij het staken van antistolling in aanloop naar de operatie. Een caudasyndroom na de ingreep ontstaat meestal door een nabloeding, maar kan ook zijn veroorzaakt door druk op de zenuwen tijdens de operatie.”

“Een deel van deze fouten is vermijdbaar”, stelt Bouma. Hij is dan ook voorstander van meer preventieve maatregelen. “Er is het een en ander in ontwikkeling. De Dutch Spine Society werkt momenteel aan volumenormen voor rugoperaties. Dit zal de kwaliteit van de chirurgische be-

handeling ten goede komen waardoor ook complicaties zoals een caudasyndroom kunnen afnemen. Protocollering van de zorg voor en na de operatie is een andere belangrijke stap. Daarnaast is er behoefte aan meer wetenschappelijk onderbouwde kennis over de relatie tussen de snelheid waarmee het caudasyndroom wordt behandeld en de uitkomst.” MediRisk zou volgens Bouma onder meer kunnen ondersteunen bij de ontwikkeling van een preoperatieve checklist over de stollingsstatus en een ontslagprotocol met checklist, waarin bijvoorbeeld ook wordt opgenomen dat een gespecialiseerd verpleegkundige een nabelronde verzorgt. “Nazorg is cruciaal. Dat geldt ook voor de periode in het ziekenhuis. Symptomen van een caudasyndroom als gevolg van een operatie ontstaan meestal in de eerste uren na de ingreep. Alert zijn op de mogelijke symptomen is dan van groot belang, zowel door de zorgverleners als door de patiënt zelf. Op dat moment”, sluit Bouma af, “is het zaak snel te reageren.”

> combinatie met die stijgende trend vormen een belangrijke reden voor MediRisk om na te gaan of we met preventie maatregelen het aantal gevallen van het caudasyndroom en de ernst van de gevolgen kunnen beperken.”

**Hoog vermijdbaar**

De vraag hierbij is natuurlijk allereerst of preventie maatregelen zinvol zijn. Hoe vermijdbaar is het ontstaan van het caudasyndroom? En welke inspanning vergen eventuele preventieprogramma's van specialisten, verpleegkundigen en andere zorgverleners? Weegt die inspanning op tegen de mogelijke resultaten? MediRisk onderzocht daarom de oorzaak van de claims. Uit de analyse blijkt dat bij ruim de helft van de claims met betrekking tot het caudasyndroom het verwijt is dat de diagnose in eerste instantie gemist of te laat gesteld is. Bij ruim tien procent gaat het om vertraging in aanvullende diagnostiek of ingrijpen. En een kwart van de claims heeft betrekking op medisch-technisch

handelen. Denk hierbij aan opereren op verkeerd niveau, geen stollingsstatus gecheckt voor de operatie, geen goede indicatie om te opereren of een operatie door een niet voldoende bekwame arts-assistent.

“Daaruit kan je concluderen dat veel van deze schadegevallen vermeden kunnen worden”, stelt arts en onderzoeker Joris van der Putten, die een haalbaarheidsonderzoek voor MediRisk heeft uitgevoerd. “De cijfers duiden erop dat zorgverleners soms te laat adequaat reageren op signalen van mensen die op de spoedeisende hulp belanden of geopereerd zijn. Daardoor kunnen de klachten verergeren tot zelfs een dwarslaesie. Bekend is dat het stellen van de diagnose caudasyndroom lastig is, omdat de symptomen sterk variëren. Toch denken wij dat er grote winst is te behalen wanneer artsen en verpleegkundigen op bijvoorbeeld SEH en verpleegafdelingen alerter zijn op deze symptomen en weten hoe daarop te reageren. Want door alert handelen

kunnen blijvende, ernstige gevolgen worden voorkomen of beperkt.”

**Samen ontwikkelen**

MediRisk gaat bekijken hoe schade zoveel mogelijk voorkomen kan worden. Bart Jongbloed, preventiemanager bij MediRisk: “De preventieactiviteiten van MediRisk op het gebied van SEH en OK staan goed bekend en leiden zichtbaar tot positieve resultaten. Wij hopen ook voor de preventie van het caudasyndroom tot een praktisch preventie-instrument te komen. Daarvoor onderzoeken wij met het veld welke minimale maatregelen er nodig zijn om tijdig symptomen te herkennen die wijzen op een mogelijk caudasyndroom. Wij denken hierbij aan strikte verpleegkundige protocollen en systematische aandacht voor de perioperatieve stollingsstatus van de patiënt. Uiteraard onderzoeken wij dit samen met betrokken zorgverleners. Een effectief instrument realiseer je immers het best door nauwe samenwerking met deskundigen in het veld.”

**MediRisk ACTUEEL****Nieuwe leden**

Fertiliteitskliniek Twente B.V. en het Sint Elisabeth Hospital Curaçao (afgekort Sehos) zijn respectievelijk per 1 januari en 1 maart 2012 lid geworden van MediRisk. Sehos was eerder lid van 1998 tot en met 2005. Hiermee komt het totale aantal leden van MediRisk op 68. Het merendeel van de algemene ziekenhuizen in Nederland en in het Caribisch deel van het Koninkrijk is aangesloten bij MediRisk. Eisen voor acceptatie zijn onder andere actieve deelname aan preventieprogramma's en naleving van de gedragscode GOMA.

**Nieuwe commissarissen**

De Algemene Ledenvergadering heeft in december 2011 ingestemd met de benoeming van twee nieuwe commissarissen: de heer W.O. Schreuder (op de foto links), internist en voorzitter van de Raad van Bestuur van het Spaarne Ziekenhuis, en drs. J.M.L. Ensing, lid van de Raad van Bestuur van het Lievensberg ziekenhuis. De Nederlandsche Bank heeft inmiddels ingestemd met deze benoeming.

**MediRisk: 1992-2012**

In augustus bestaat MediRisk twintig jaar. Dit jubileum wordt op gepaste bescheiden wijze gevierd met de leden. De voorbereidingen voor een aantrekkelijk inhoudelijk programma zijn in volle gang. Op het programma staan onder meer themabijeenkomsten voor medisch adviseurs, klachtenfunctionarissen en juristen. Ook organiseert MediRisk een studiereis voor bestuurders met als thema 'De risico's van het vak'.

**Nieuwe richtlijn neusmaagsondes**

Foutieve positionering van neusmaagsondes kan grote impact hebben voor de patiënt en kan leiden tot hoge claims. MediRisk is dan ook verheugd met de vernieuwde richtlijn voor de positionering van deze sondes. De multidisciplinaire landelijke richtlijn is ontwikkeld door V&VN. Meer over de richtlijn is te lezen op [www.venvn.nl](http://www.venvn.nl).

**MediRisk ontwikkelt beheersplan medische incidenten**

Samen met enkele ziekenhuizen die ervaring hebben met het omgaan met medische calamiteiten ontwikkelt MediRisk een beheersplan medische calamiteiten. Verschillende leden hebben eerder aangegeven graag ondersteuning te krijgen bij het ontwikkelen van een dergelijk plan. Zij willen een medische calamiteit op een beheersbare manier kunnen afhandelen en daarbij recht doen aan de belangen van de betrokken patiënten en van de instelling. De leden krijgen een format voor een beheersplan medische calamiteiten dat zij zelf kunnen uitwerken tot een plan dat past binnen de eigen organisatie. Het conceptplan wordt momenteel met enkele ziekenhuizen besproken en in mei naar de leden gestuurd.

**Time-outprocedure voor kaakchirurgie**

Eind februari heeft MediRisk een enquête verstuurd naar de leden om te inventariseren of de mond- en kaakchirurgen de time-outprocedure die MediRisk voor de Mond- en Kaakchirurgie heeft ontwikkeld ook daadwerkelijk toepassen. De time-outprocedure is ontwikkeld om verwisselingen bij extracties te voorkomen. Uit de claimgegevens bleek dat verwisselingen bij de Mond- en Kaakchirurgie relatief vaak voorkwamen. De Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie adviseert haar leden de time-outprocedure te hanteren. Als uit de enquête zou blijken dat deze procedure nog onvoldoende gevolgd wordt, dan zal MediRisk een vervolgtijtraject opzetten om de bewustwording van de noodzaak van deze procedure te vergroten.

MediRisk verkleint financieel risico voor leden

# Dekking serieschade

# sterk



Erik-Jan Wervelman tijdens de Algemene Ledenvergadering van MediRisk:  
"De oorzaak van een serie claims moet zijn terug te voeren op één wilsbesluit."

Bij serieschade waren leden van MediRisk tot nog toe voor 2,5 miljoen euro per casus verzekerd. De rest moesten ze zelf bijbetalen, in theorie. In de praktijk is serieschade in Nederland nog nooit boven de maximale dekking uitgekomen. Toch is een hogere claim niet ondenkbaar. Een aantal jaren geleden kende Frankrijk een omvangrijke stralingsschade met gevolgen voor duizenden patiënten. Daarom heeft MediRisk het plafond nu flink hoger ingesteld. Sinds begin dit jaar is serieschade gedekt tot een bedrag van 7,5 miljoen euro.

# verhoogd

In 2004 en 2005 zijn in Frankrijk duizenden kankerpatiënten foutief bestraald, met een te lage of juist te hoge dosering. De oorzaak was een verkeerde interpretatie van de Engelstalige handleiding door de Franse radioloog. De gevolgen waren desastreus. Sommige mensen liep inwendige brandwonden op, anderen stierven voortijdig. De eerste claim werd in 2006 ingediend en daarna volgden er duizenden. Uiteindelijk werden de patiënten in vijf groepen ingedeeld op basis van de definitie van het begrip serieschade. Wanneer je de situatie vertaalt naar de dekking van MediRisk, kwam bij drie groepen de schade uit boven 2,5 miljoen euro en dus [grotendeels] voor rekening van het ziekenhuis. In alle drie de groepen bleef de schade onder de zeven miljoen. Met een dekking van 7,5 miljoen per serieschade per jaar denkt MediRisk dan ook ruim binnen de marges te kunnen blijven. "Zeker wanneer je bedenkt dat in Frankrijk vergoedingen bij claims doorgaans hoger zijn dan in Nederland", stelt MediRisk-bestuurder Marjoleine van der Zwan.

## Ingrijpend voor patiënt en professional

Samen met directeur Verzekeringstechniek Harry Henschen en Erik-Jan Wervelman van KBS Advocaten bracht Van der Zwan vorig jaar een werkbezoek

aan een onderlinge verzekeringsmaatschappij voor medische aansprakelijkheid in Frankrijk.

"We hebben al zeker tien jaar intensief inhoudelijk contact en leren van elkaars werkwijze. Zo heeft de Franse verzekeraar preventiebeleid mede ontwikkeld op basis van het preventieprogramma van MediRisk." Ook nemen beide organisaties deel aan een Europees samenwerkingsverband van onderlinge medische aansprakelijkheidsverzekeraars, met deelnemers uit onder andere Groot-Brittannië, Zweden en België. Tijdens zo'n Europese bijeenkomst hoorde MediRisk over de gebeurtenissen in Frankrijk.

Van der Zwan: "Honderden mensen hebben onnodige schade opgelopen met alle gevolgen van dien voor patiënten, nabestaanden en de medisch professionals. Naast de ingrijpende gevolgen voor alle betrokkenen is er de zakelijke, juridische kant van deze serieschade. Hoe ga je als ziekenhuis en als verzekeraar om met duizenden claims? Hoe ga je om met serieschade en hoe bepaal je de juiste dekkingsgraad? Ook in Nederland kunnen we natuurlijk te maken krijgen met serieschade van een dergelijke omvang. Ik merk dat bestuurders zich daar zorgen over maken."

## Bouwwereld bepaalt denkrichting

Wanneer is er eigenlijk sprake van serieschade? Vormen bijvoorbeeld de lekkende borstprotheses of ondeugdelijke heupprotheses die in de actualiteit zijn een geval van serieschade? "Als er sprake is geweest van een duidelijke keuze voor dit product, dan is serieschade aannemelijk", stelt advocaat Wervelman die eind 2011 een voordracht hield over serieschade tijdens de Algemene Leden Vergadering van MediRisk. "Alleen gaat het hier om een productfout. Wettelijk gezien is dan niet het ziekenhuis, maar de leverancier aansprakelijk. En dat gaat buiten MediRisk om. Een ander verhaal wordt het als een orthopeed nog tien protheses op de plank heeft liggen en deze willems en wetens toch implan- ➤

## Serieschade:

een reeks van schades als gevolg van één en dezelfde oorzaak ten gevolge waarvan schade is ontstaan. In dit verhaal: een verkeerde interpretatie van de handleiding heeft tot gevolg dat duizenden mensen foutief bestraald worden.



> teert. Dat zou wel verantwoordelijkheid van het ziekenhuis impliceren.”

Wervelmans definitie van serieschade lijkt op het eerste gezicht ondubbelzinnig: een aanspraak, al dan niet tegen één of meer verzekeren, wordt als één zogenaamde aanspraak beschouwd als deze met elkaar verband houden of uit elkaar voortvloeien.

*Met een dekking van 7,5 miljoen euro per serieschade per jaar denkt MediRisk ruim binnen de marges te kunnen blijven.*

Toch is er in Nederland nog geen ‘medische’ jurisprudentie, waardoor je zeer casuïstisch te werk moet gaan. ‘Gelukkig’ blijken incidenten in de bouwwereld een goede bron te zijn. Dat begon enkele jaren terug met WILMA. De bouwonderneming had besloten om een loopplank tussen twee gebouwen neer te leggen, waardoor medewerkers makkelijk materialen van het ene naar het andere gebouw konden brengen. Omdat de plank eigenlijk net te smal was, kwam het nogal eens voor dat een medewerker per ongeluk even naast de plank stapte. Daardoor beschadigden de daken telkens een beetje. De totale kosten van al die kleine beschadigingen kwamen uit op 30.000 euro. Met een hoog eigen risico en een laag schadebedrag per gebeurtenis, zou er nooit uitbetaling plaatsvinden als de schades

werden beschouwd als losse incidenten. In dit geval besloot de rechter dat het om serieschade ging. De directie van WILMA had namelijk niets ondernomen toen bekend werd dat er regelmatig schade ontstond. Een duidelijk geval van een wilsbesluit - om schade voor lief te nemen. Uiteindelijk werd de schade opgeteld en het eigen risico van 5000 euro eenmalig afgetrokken; aan de eiser werd 25.000 euro uitbetaald.

### Serieschade voorkomen

Wervelman benadrukt dat de situatie in de medische sector anders is dan die in de bouwwereld. “Een hoog eigen risico kennen de leden van MediRisk niet en schades zijn per definitie groot. Toch biedt een casus als WILMA ons wel houvast, zeker als het om de definitie van serieschade gaat en de denkrichting van de rechter.” Wervelman vervolgt: “Je kunt stellen dat de oorzaak van een serie claims moet zijn terug te voeren op één wilsbesluit; een weloverwogen beslissing om het zo, en niet anders, te doen. Soms gebeurt het dat een besluit na verloop van tijd wordt heroverwogen, om opnieuw tot hetzelfde besluit te komen of tot een besluit met dezelfde implicaties. Ontstaat er daarna weer schade, dan zou je kunnen zeggen dat sprake is van een nieuwe serie. En dat maakt veel uit. Bij één serie werd voorheen maximaal 2,5 miljoen uitbetaald, bij twee series het dubbele. Konden aanspraken niet worden aangemerkt als serieschade, dan was het verzekerde jaarbedrag van 7,5 miljoen beschikbaar.” Dat laatste is bij MediRisk nog steeds zo.

Maar ook een enkele serieschade is nu tot dat bedrag verzekerd.

### Vaste schadebehandelaar

Marjoleine van der Zwan: “Hoewel het in Nederland nog niet is voorgekomen dat serieschades boven 2,5 miljoen uitkwamen, is er altijd een kans, zo weten we uit andere landen. Als onderlinge waarborgmaatschappij willen we dit risico voor onze leden verzekeren.” Financieel zijn er dus goede voorzorgsmaatregelen genomen en in samenwerking met onze Franse collega is veel geleerd over hoe om te gaan met grote aantallen gedupeerden en claims. Ondanks die gedegen voorbereidingen, ziet Van der Zwan steeds meer mogelijkheden om serieschade te voorkomen. “Het aantal incidenten neemt de laatste jaren gestaag af. Bovendien zijn we alert op specialisten die veel claims tegen zich krijgen en op hoogrisicospecialismen. We achterhalen snel of er in korte tijd verschillende claims tegen een vakgroep of arts worden ingediend. Daarnaast kun je veel informatie halen uit de data-analyse. Door een scherpe analyse van cijfers en trends krijg je inzicht in risicogevoelige afdelingen en specialismen. Sinds kort heeft elk ziekenhuis een vaste schadebehandelaar en preventiemedewerker bij MediRisk. We verwachten dat zo’n vast contactteam een positief effect heeft op de maatwerkondersteuning en goede communicatie tussen de leden en MediRisk. Ook waar het gaat om verbetermogelijkheden wat betreft kwaliteit en patiëntveiligheid.”

## Vaste contactteams voor de leden

Voortaan hebben leden een vast contactteam bij MediRisk én zijn alle claims van een ziekenhuis of zorgorganisatie in behandeling bij dezelfde schadebehandelaar. Elk team heeft vaste contactpersonen voor onder meer preventie, polisbeheer en schadebehandeling. Elk team staat op een speciale kaart die verstuurd wordt naar de leden. Omdat iedere schadebehandelaar deel uit maakt van een team van vier schadebehandelaars, is er altijd een expert aanwezig om u van dienst te zijn. Dankzij deze nieuwe manier van werken hebben ziekenhuizen en instellingen meer inzicht in en grip op het schadebehandelingsproces. Het contactteam geeft antwoord op uw vragen over bijvoorbeeld de behandeling en stand van zaken van claims, preventieactiviteiten, polis en claimhistorie en -analyse. Het team kent uw organisatie en levert u de ondersteuning die past bij uw organisatie en dienstverlening.



# Vernieuwingen preventie & medisch advies



Liesbeth Werther-Voorrecht, preventiemanager

“Ik weet zeker dat ik mijn brede kennis over kwaliteit en patiëntveiligheid in de ziekenhuizen en mijn organisatie-talent met succes kan gaan inzetten bij de ontwikkeling en introductie van nieuwe preventieproducten. Concreet op het programma staan mijnmedirisk.nl en de veiligheidsmonitor. Mijnmedirisk.nl geeft leden direct online toegang tot hun eigen specifieke gegevens, zoals claimoverzichten, schaderapporten en specifieke claims. Drie ziekenhuizen doen mee in een pilot. De veiligheidsmonitor gaat leden helpen bij het verzamelen en analyseren van hun eigen gegevens over kwaliteit en patiëntveiligheid.” Liesbeth Werther-Voorrecht heeft na haar studie Beleid en Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit tien jaar gewerkt als consultant en projectleider in de informatisering van de gezondheidszorg. Ook was zij beleidsadviseur voor de medische staf in het Meander Medisch Centrum en bij de NVZ vereniging van ziekenhuizen.



Gerard de Zeeuw, medisch adviseur

“Samen met een team van medisch adviseurs, juristen, preventie- en riskmanagers ga ik een bijdrage leveren aan een open claimcultuur met het in de praktijk brengen van de GOMA-criteria (= Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid, red.). Voor mij is het aantrekkelijke van deze functie het combineren van mijn medisch-specialistische kennis vanuit de praktijk en gerichte expertise op claims van patiënten. Elke claim levert aandachtspunten op voor de ziekenhuisorganisaties en hierin schuilt een mooie kans de gezondheidszorg beter en veiliger te maken.” Gerard de Zeeuw was tot voor kort chirurg en opleider in STZ-ziekenhuis Albert Schweitzer in Dordrecht.



Marije Tiggelman, preventieanalist

“Na ruim tien jaar gewerkt te hebben als zorginkoper ben ik aan de slag gegaan in een voor MediRisk nieuwe functie. Als preventieanalist leg ik een verbinding tussen schade-analyse en preventie. Meten is data een eerste vereiste: welke behandelingen kennen een extra groot risico, welke specialismen kennen meer claims? Al bijna twintig jaar houden wij dergelijke gegevens bij. Deze database van zo’n 19.000 claims biedt ons een schat aan informatie die ons kan helpen gericht risico’s te voorkomen en zo bij te dragen aan de patiëntveiligheid.” Marije Tiggelman werkte na haar studie Beleid en Management in de Gezondheidszorg onder meer bij Zilveren Kruis als schadeanalist en als beleidsmedewerker zorginkoop ziekenhuizen. Bij CZ was zij als zorginkoper Medisch Specialistische Zorg betrokken bij de selectieve inkoop van borstkankerbehandelingen.



Derek-ian Blok, teammanager preventie a.i.

“MediRisk is een nieuwe koers ingeslagen, waarbij de nadruk ligt op “samen alert op veiligheid”. Samen met de leden hebben we in december gekozen voor een innovatief pakket van preventieproducten. Voor mij is de schone taak weggelegd om deze samen met het enthousiaste preventieteam te ontwikkelen en implementeren. En dat gaat zeker gebeuren. Zo hebben de leden de enquête kaakchirurgie ontvangen en wordt het dashboard claimoverzichten zeer binnenkort geïntroduceerd.” Derek-ian Blok is opgeleid als arts en heeft jaren in de Kindergeneeskunde en Jeugdgezondheidszorg gewerkt. Ook was hij docent aan verschillende opleidingen en was hij projectleider van de ontwikkeling van de richtlijn overgewicht bij kinderen. De afgelopen twee jaar heeft hij gewerkt in Aruba als directeur van de directie Volksgezondheid en als kwartiermaker van de Inspectie voor de Gezondheidszorg aldaar.



Verbeter uw organisatie!

## de Meldkamer

De App voor betrokken werknemers en een alerte organisatie

Twitter, buienradar, Google Maps... Mobiele apps zijn niet meer weg te denken uit ons dagelijks leven. Hun brede scala aan nieuwe mogelijkheden biedt ook ziekenhuizen kansen. Apps maken grote verbeteringen mogelijk op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid. Simpel, goedkoop en doelgericht. Het Medisch Centrum Haaglanden zet moderne technologie en media in om de kwaliteit en veiligheid van de zorg in het ziekenhuis te verbeteren. De zorgmanagers spelen een belangrijke rol in deze nieuwe manier van denken en werken.

# Slimme apps voor actieve preventie

Femke van der Gaag, zorgmanager Longgeneeskunde van het MCH: "Wij zijn een creatief team met een innovatieve geest. Apps zijn voor ons niet vreemd en wij denken graag out of the box. In combinatie met onze verpleegkundige achtergrond kom je dan tot heel leuke en bruikbare oplossingen!" Met haar collega's bedacht Van der Gaag in 2011 een innovatieve oplossing voor een vraagstuk dat in veel ziekenhuizen voorkomt, namelijk het invullen van opgevallende diensten. "Het kost vaak veel tijd, inspanning en geld om inzetbare medewerkers vinden. Wij zochten een oplossing die aansluit op de manier waarop de zorg is georganiseerd en de mensen die het werk verzetten. De randvoorwaarden die we meekregen: veilig, makkelijk te implementeren zonder ingewikkelde koppelingen met bestaande systemen, beperkt gebruik van ICT-capaciteit en betaalbaar. Op al die punten zijn we geslaagd."

### Minder kosten en beter voor kwaliteit en veiligheid

De oplossing werd gevonden in Flexzorg.net, een app waarmee het flexbureau van het MCH en eigen medewerkers via mobiel, tablet of pc met elkaar uitwisselen welke diensten er op korte termijn zijn opgevallend en wie tijd heeft om deze diensten deels of geheel in te vullen. "Medewerkers kunnen reageren op diensten op alle afdelingen. Dat heeft voor iedereen voordelen. Het gaat vaak om parttimers die best wel een uurtje extra willen werken, maar dat wel moeten kunnen plooiën met hun thuissituatie. De app biedt hen daarin meer mogelijkheden. Het ziekenhuis op zijn beurt maakt optimaal gebruik van de inzetbaarheid van eigen, specifiek gekwalificeerde medewerkers en kan zo voorkomen dat bedden moeten worden gesloten door een tekort aan capaciteit. Dat bespaart kosten, maar verbetert vooral ook de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Eigen medewerkers kennen de organisatie, de processen, de routings en de eisen. Bovendien brengt het werken van medewerkers op verschillende afdelingen, een uitwisseling van kennis en ervaring op gang en worden blinde vlekken zichtbaar."



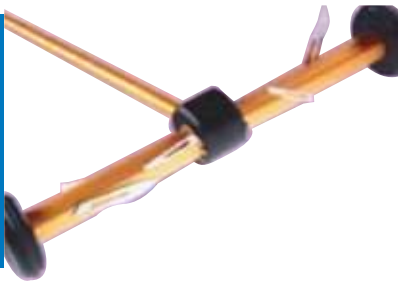
### Direct actie bij niet-pluisgevoel

Geïnspireerd door de flexzorg-app en een serie 'out of the box'-bezoeken aan KLM, RTL, KPMG en NS, bedacht het team onlangs opnieuw een app: Verbeteruworganisatie. Van der Gaag: "We vinden het belangrijk dat een 'niet-pluisgevoel', de mening of ideeën van medewerkers in het primaire proces snel worden gemeten, op een simpele manier die iedereen begrijpt. En nog belangrijker: dat er echt iets mee wordt gedaan. Verbeteruworganisatie.nl wordt dan ook een app voor en door medewerkers, om de veiligheid en tevredenheid op de afdeling inzichtelijk te maken. De bedoeling is dat medewerkers op de app kunnen aangeven waar zij problemen of verbeteringsmogelijkheden signaleren. Bovendien kunnen ze de status van hun melding volgen. Een andere mogelijke functionaliteit is dat medewerkers vragen krijgen voorgelegd. Dan krijg je een snel beeld van de tevredenheid." Femke van der Gaag is enthousiast over de app, die naar zij hoopt binnen een jaar gereed is. "De app is transparant en zal zeven keer 24 uur beschikbaar zijn. Daarmee maken we het makkelijker voor medewerkers iets te doen met hetgeen zij zien en ervaren. Bovendien kunnen we incidenten voorkomen en het niveau van de afdelingen verhogen. Onderzoek in de petrochemische industrie wijst uit dat in tachtig procent van de onderbuikgevoelens er ook werkelijk iets aan de hand is. In twintig procent van de gevallen gaat het om een ernstig incident. Het is toch geweldig die onderbuikgevoelens te benutten voor het verbeteren van kwaliteit en vooral ook: veiligheid! •

## Samenwerkingspartners gezocht

Flexzorg.net is ontwikkeld en gepositioneerd als applicatie die ook gebruikt kan worden door andere ziekenhuizen en zorgorganisaties. Doordat de toepassing volledig op zichzelf staat en niet hoeft te worden geïntegreerd met andere ICT-systemen worden ICT-afdelingen niet belast en is de investering voor aanschaf beperkt. De app kan worden afgestemd op de organisatie. Naast Medisch Centrum Haaglanden heeft ook GGZ-instelling Parnassia Bavo gekozen voor Flexzorg.net en zijn er gesprekken met diverse andere ziekenhuizen gaande. Kijk voor meer informatie op [www.flexzorg.net](http://www.flexzorg.net).

Medisch Centrum Haaglanden verwacht door slimme ICT-tools zoals genoemde apps een bijdrage te kunnen leveren aan verbetering van kwaliteit en veiligheid in de gehele zorgsector. Gezien de directe bijdrage aan preventie ondersteunt MediRisk de ontwikkeling van **Verbeteruworganisatie**. Het ziekenhuis zoekt nog enkele partners die willen deelnemen. De kosten zijn beperkt. Heeft u interesse, neem dan contact op met Femke van der Gaag ([f.vandergaag@mchaaglanden.nl](mailto:f.vandergaag@mchaaglanden.nl)) of Robert Weij (Organisatorisch Divisiemanager, [r.j.weij@mchaaglanden.nl](mailto:r.j.weij@mchaaglanden.nl)).



## Golden Retriever speurt naalden op

Wat heeft de goedgehartige lobbes gemeen met een magnetische 'hark' voor het ziekenhuis? Ze brengen allebei verloren zaken bij je terug. Of het nu gaat om aangeschoten wild of - in dit geval - om scherpe medische

materialen. De Golden Retriever dus. In het Slotervaart Ziekenhuis gebruiken ze het hulpmiddel al met veel succes om weggeraakte prikkers weer snel, makkelijk en veilig op te sporen. De Golden Retriever is voorzien van magnetische

wieltjes en een lange steel, zodat je rechtop en zonder je handen te gebruiken de hele vloer kunt schoonharken. Je kunt de Retriever ook een tijdje op proef nemen.

## Arts-assistenten, opleiders en aansprakelijkheid

Is een arts-assistent zelfstandig verantwoordelijk voor zijn of haar handelingen? En ben je als arts-assistent of als opleider aansprakelijk voor eventuele gevolgen van dit handelen? In het boekje 'De positie van arts-assistenten en hun opleiders' staat veel informatie over de verantwoordelijkheid en de aansprakelijkheid in de opleidingssituatie. Daarnaast biedt het handzame informatie en tips over het omgaan met klachten en claims, dossiervoering en informed consent. Voor leden is het boekje gratis, niet-leden betalen € 5,50. Bestellen kan via [info@medirisk.nl](mailto:info@medirisk.nl).



## BNR-debat over medische fouten

Driekwart van de medici begaat wel eens een misser, zo blijkt uit het trendonderzoek 'Medische fouten' van VvAA (november 2011) onder bijna 1.000 eerste- en tweedelijns zorgprofessionals.



Tijdens een door BNR georganiseerd debat was overduidelijk dat het onderwerp leeft. Niet onlogisch, gezien de verstrekken-gevolgen die een misser in de medische sector kan hebben. Jaarlijks worden 1,3 miljoen mensen in het ziekenhuis opgenomen, waarvan 5,7 procent te maken krijgt met schade tijdens de behandeling. Schade die in zo'n veertig procent van de gevallen voorkomen had kunnen worden.

Vanzelfsprekend nam ook MediRisk actief deel aan de discussie. Bestuurder Marjoleine van der Zwan benadrukte het positieve effect van preventieprogramma's: voor de OK en SEH hebben deze geleid tot aanzienlijk minder fouten en een grotere patiëntveiligheid.

