

Magazine voor leden  
van MediRisk

Voorjaar 2013 | 9e jaargang

# Alert

De risico's van het vak

## Delen

**Openheid** medische incidenten en **adequate afwikkeling** medische aansprakelijkheid

mijnMediClaim.nl:  
**persoonlijke claiminformatie**  
voor patiënten

Uitbreiding van aansprakelijkheidspolis:  
**Goed Werkgeverschap**

Nieuw: **OK-audit**  
Peroperatief Traject



### Openheid bij medische incidenten

De Letselschade Raad ondersteunt zorginstellingen bij meer openheid bij medische incidenten en een adequate afwikkeling van medische aansprakelijkheid. Een interview met directeur Deborah Lauria. | pag. 4 |

### mijnMediClaim.nl

In welke fase bevindt de behandeling van mijn claim zich en welke stappen worden daarna nog ondernomen? Dankzij mijnMediClaim.nl, een persoonlijke inlogpagina, kunnen patiënten exact volgen wat er met hun claim gebeurt. 100 procent transparant en toch volkomen privé. | pag. 8 |



### Uitbreiding aansprakelijkheidspolis

De MediRisk-polis kan aangevuld worden met de rubriek Goed Werkgeverschap. De medewerker staat hierin centraal en de aansprakelijkheidsvraag is niet aan de orde. Een aparte WEGAM en ongevallen verzekering zijn overbodig. | pag. 13 |

### Snel en deskundig uitspraak

De Geschillencommissie Zorginstellingen is een goed alternatief voor een gang naar de rechter. Binnen zes weken na zitting ligt er een deskundige en bindende uitspraak.

Het is voor alle partijen een manier om juridisering tegen te gaan. Verschillende ervaringen passeren de revue. | pag. 14 |



# Inhoud

- 3 Column: **lusten en lasten**
- 4 Letselschade Raad: **meer openheid bij incidenten**
- 7 **Aanbevelingen GOMA** voor zorgaanbieders
- 8 **MijnMediClaim.nl:** duidelijkheid voor patiënten over claimproces
- 10 MediRisk: **nieuwe OK-audit** peroperatief traject
- 13 Rubriek **Goed Werkgeverschap** vult aansprakelijkheidsverzekering aan
- 14 Geschillencommissie: **laagdrempelig, snel en gedegen**
- 16 **Winst te behalen** bij wondinfecties na operaties

## 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. Opgericht in 1992 door en voor de leden, zonder winstoogmerk. 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

Karin Kolenbrander,  
Bart Jongbloed

### Redactieadres

communicatie@medirisk.nl

### Redactionele bijdragen

Karin Bos en Annemiek Manuel

### Ontwerp en opmaak

Ontwerpstudio VvAA/  
Canon Nederland N.V.

### Druk

Schotanus en Jens

### Oplage

13.000

### MediRisk

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

www.medirisk.nl



Column van Ebbo van Gelderen,  
algemeen directeur MediRisk

## Lusten en lasten

“Onze saamhorigheid  
zonder winstoogmerk  
maakt hét verschil.”

Delen. Dát doe je als onderlinge waarborgmaatschappij. De lusten en de lasten; we kennen ze op dit moment allebei. Laat ik beginnen met de lasten: de cijfers over 2012. Financieel was het voor MediRisk geen goed jaar. Niet omdat we slecht hebben gepresteerd, integendeel! Wel zijn de kosten toegenomen. Dat heeft voor een belangrijk

deel te maken met het succes van ons nieuwe focusteam. Dit team pakt al jaren lopende zaken voortvarend op en kwam met veel patiënten tot een oplossing. En daardoor moesten de voorzieningen - nodig om schade te kunnen vergoeden - verder worden aangevuld.

Een flinke hap uit de reserves en toch een succes... Want er met de patiënt samen proberen uit te komen, past precies in de beweging die de onderlinge aan het maken is - in de richting van de patiënt. En daar mogen we met z'n allen trots op zijn! MediRisk is geen autoverzekeraar die uitkeert als er schade is en waarmee je verder geen contact hebt. MediRisk wil juist voorkomen dat schade ontstaat, risico's indammen. Nog nooit was er zoveel persoonlijk contact met ziekenhuizen, onze preventieprogramma's zijn steeds ambitieuzer. Samen zorgen we ervoor dat de patiënt erop kan vertrouwen dat 'zijn' ziekenhuis er alles aan doet om de zorg zo veilig mogelijk te maken en - als het dan toch misgaat - zorgt voor een snelle en prettige afwikkeling.

Delen, in het belang van de patiënt, ziet u in deze Alert bijvoorbeeld terug in de succesvolle samenwerking met de Geschillencommissie, die in de toekomst wellicht ook hogere claims gaat afhandelen. En daarmee onnodige juridisering voorkomt. U ziet het ook terug in de GOMA waar wij ons sterk voor maken. Directeur Deborah Lauria van De Letselschade Raad vertelt waarom die gedragscode zo belangrijk is. Zelf hebben we net mijnMediClaim.nl geïntroduceerd, óók in het kader van openheid en transparantie. We hadden al geregeld dat patiënten binnen 90 dagen weten of hun claim wordt erkend; nu kan men op mijnMediClaim.nl ook volgen wat er in die periode precies gebeurt en of we binnen de door de GOMA gestelde termijn blijven.

Samen staan we sterk door te delen. In goede en slechte tijden. Onze saamhorigheid zonder winstoogmerk maakt hét verschil. Ook als de risico's de komende jaren toenemen, met een terugtrekkende overheid en grotere maatschappelijke druk. Juist dan kunnen wij elkaar helpen door elkaars lasten te dragen. Om uiteindelijk samen de vruchten te plukken van optimale preventie en een prima contact met de patiënt. Daar zijn wij als directie van overtuigd. U toch ook?

### 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 - 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 - voorzitter hoofddirectie 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. Meninge(n) 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



foto: De Leidschede Raad

## De Letselschade Raad: actieve voorlichting over gedragscode GOMA

# ‘Meer openheid bij incidenten’

In 2010 werd de Gedragscode GOMA geïntroduceerd. De toenmalige voorzitter van De Letselschade Raad verwachtte dat de nieuwe openheid en betere afwikkeling van medische incidenten al snel gemeengoed zou zijn. Dat was iets te optimistisch, weet Deborah Lauria, sinds 2011 directeur bij de Raad. “Bij MediRisk is er inmiddels een start gemaakt met de nieuwe manier van werken; veel zorginstellingen moeten nog een slag maken. Wij helpen graag daarbij.”

GOMA staat voor: Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid. De code bestaat uit negentien aanbevelingen. De eerste negen zijn voor zorgaanbieders (zie pagina 7) en geven handvatten om adequaat te reageren op een incident. De overige tien zijn voor aansprakelijkheidsverzekeraars en belangenbehartigers. De aanbevelingen dragen bij aan een betere afwikkeling van incidenten en meer openheid.

### Ziekenhuizen aangesloten

De directeur van De Letselschade Raad, verantwoordelijk voor de invoering van GOMA, vindt het niet vreemd dat zorginstellingen nog niet zo ver zijn. Want hoewel de gedragscode door alle betrokken partijen is opgesteld, ondertekenden de ziekenhuis-

organisaties NFU en NVZ in eerste instantie niet. Ze struikelden over de toelichting op aanbeveling 7, waarbij ziekenhuizen standaard getuigenverklaringen in dossiers zouden moeten opnemen - ook als er niets fout was gegaan.

“Achteraf was dat inderdaad een te strikte eis, die nu door de permanente commissie is afgezwakt. Nog steeds is de zorginstelling verantwoordelijk voor een adequate dossiervorming, maar getuigenverklaringen zijn pas nodig als er echt een zaak is.” Nu NFU en NVZ een jaar geleden wel definitief hebben ondertekend, kan ook de voorlichting in de ziekenhuizen van start, vertelt Lauria. En deze voorlichting is nodig. Patiënten hebben behoefte aan een arts die duidelijk vertelt wat er is gebeurd, aangeeft of het voorkomen had kunnen worden, >

## 'Als arts empathie tonen en sorry zeggen, staat los van erkenning van aansprakelijkheid'

de medische gevolgen bespreekt en vooral ook zijn gevoelens deelt. "Keer op keer zien we dat mensen dáár de meeste behoefte aan hebben. 'Sorry, het was niet mijn bedoeling. Ik voel me er heel rot onder.' Nog lang niet alle artsen kunnen dat uitspreken."

### Sorry zeggen mag

Lauria vervolgt: "Vroeger raadden verzekeraars aan de patiënt toe te geven dat er een fout was gemaakt. Het beeld heerste dat daarmee aansprakelijkheid werd erkend. Geen wonder dus dat artsen moeite hebben met 'sorry' zeggen. Maar tegenwoordig willen we juist dat je excuses maakt, zelfs als nog niet duidelijk is wat er precies is misgegaan. Sterker: volgens de wet ben je verplicht om de patiënt zo veel mogelijk openheid van zaken te geven. En daar word je later niet op vastgenageld; je empathie tonen staat los van erkenning van aansprakelijkheid." Dat het zo lang kan duren voordat helder is of er sprake is van een fout of een complicatie, zorgt bij patiënten voor grote onzekerheid. "In plaats van dat te verlichten, draaien te veel artsen hun verhaal in hoog tempo af, doorspekt met moeilijke termen. Zonder te verifiëren of de patiënt het allemaal wel begrepen heeft. Belangenbehartigers staan op hun beurt soms te snel klaar met uitspraken over mogelijke schadevergoedingen, terwijl ze nog niet het hele verhaal kennen. Ook krijgen we patiënten aan de lijn die zich afvragen of de kwaliteits- of klachtenfunctionaris van het ziekenhuis wel betrouwbaar is. Die is immers niet onafhankelijk..." Lauria ziet de lange en onzekere aanloop naar erkenning ook terug bij het Bemiddelingsloket, waar slachtoffers en dienstverleners terecht kunnen voor neutrale voorlichting, juridisch advies en bemiddeling. In 2010 ging nog maar 11 procent van alle telefoontjes over medische schade, een jaar na de invoering van GOMA was dat al 20 procent en in 2012 zelfs 30 procent. "Aan het loket krijgen we nu al bijna net zo veel vragen over medische incidenten als over ongevallen."

### GOMA-congres

Bij MediRisk ziet Lauria dat werken volgens de GOMA zichtbaar begint te worden. "Medewerkers beginnen te ervaren wat het betekent om de patiënt centraal stellen. Ik kreeg onlangs te horen hoeveel voldoening en plezier het geeft om de afwikkeling van een claim niet als een strijd te zien. Die omslag is duidelijk zichtbaar bij MediRisk. Medewerkers kijken nu naar mogelijkheden om de patiënt tegemoet te komen en er samen uit te komen, ook als nog niet duidelijk is of arts en ziekenhuis

aansprakelijk zijn. Ze verplaatsen zich in het slachtoffer en proberen die onzekere periode zo goed mogelijk te overbruggen met driegesprekken tussen patiënt, arts en verzekeraar. Openheid van zaken staat voorop." De Letselschade Raad wil ook artsen, klachten- en kwaliteitsfunctionarissen en belangenbehartigers helpen om de GOMA onder de knie te krijgen. "Dat doen we bijvoorbeeld al bij het Erasmus MC, waar eerstejaars medische studenten de GOMA ontvangen en colleges krijgen over openheid bij medische incidenten. Bovendien werken we met NFU en NVZ aan een voorlichtingsprogramma voor alle ziekenhuizen en gaan we de districtsbijeenkomsten van de KNMG bezoeken. Ook komt er in juni een GOMA-congres, waar we een nieuw GOMA-register zullen lanceren. Zorginstellingen en hun verzekeraars kunnen zich in dit register inschrijven. Daarmee laten ze publiekelijk zien dat zij zich committeren aan de naleving van de GOMA. Dat zal het vertrouwen vergroten van patiënten, die steeds vaker zelf kunnen kiezen bij welke instelling ze zich laten behandelen."

### Trainingen in openheid

Naast alle voorlichtingsactiviteiten bieden de juristen van De Letselschade Raad trainingen aan. Belangenbehartigers leren het belang van eerlijk zijn over de kans op schadevergoeding, van het beter managen van verwachtingen. In een vergelijkbare training leren artsen het belang van openheid en effectief met patiënten communiceren. Klachtenfunctionarissen worden getraind in het omgaan met letselschadeafhandeling. De praktische trainingen duren één of twee dagdelen, afhankelijk van de vraag. Voor besturen van zorgorganisaties is er een korte sessie, waarbij de voordelen van een open cultuur worden geschetst. Ook open inschrijving is mogelijk. Lauria: "Wat in elke training terugkomt, is het verhaal achter het dossier. Bij het Bemiddelingsloket horen we namelijk niet alleen de medische verhalen; slachtoffers vertellen ook het trieste vervolg. Dat ze niet meer kunnen zorgen voor de kinderen, niet meer kunnen werken, in isolement geraken. En als men dan het gevoel heeft dat het de ander niets kan schelen, doet dat extra veel pijn. Dát is de voornaamste reden dat mensen gaan procederen, niet het geld. Plus dat ze willen voorkomen dat iemand anders hetzelfde overkomt." Lauria besluit: "Het overgrote deel van de mensen die we bij het Bemiddelingsloket spreken, weet het zeker: als er wel goed op hun verhaal was gereageerd, dan hadden zij geen claim ingediend." •

# Aanbevelingen GOMA

## GOMA: Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid

### Aanbevelingen voor de zorgaanbieder: adequaat reageren op incidenten

**1 Aanbeveling 1: Informeer zorgvuldig en duidelijk**  
De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de patiënt op zorgvuldige en duidelijke wijze wordt geïnformeerd over de onderzoeken en behandelingen die hij ondergaat, zodanig dat de patiënt een weloverwogen besluit kan nemen over het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling.

**2 Aanbeveling 2: Zorg voor adequate dossiervoering**  
De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de dossiers van de patiënt op adequate wijze en tijdig worden bijgehouden. In het geval van een incident met (mogelijk) gevolgen voor de patiënt wordt informatie opgenomen over de aard en toedracht van het incident, en over de (mogelijke) gevolgen van het incident voor de patiënt.

**3 Aanbeveling 3: Neem snel contact op**  
Als zich een incident heeft voorgedaan met (mogelijke) gevolgen voor de patiënt, neemt de zorgaanbieder daarover zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen 24 uur na het ontdekken van het incident, contact op met de patiënt.

**4 Aanbeveling 4: Neem negatieve gevolgen weg**  
De zorgaanbieder onderneemt wat nodig is om eventuele negatieve gevolgen van een incident voor de gezondheidssituatie van de patiënt weg te nemen of te beperken.

**5 Aanbeveling 5: Doe onderzoek en onderneem verbeteracties**  
De zorgaanbieder onderzoekt hoe het incident heeft kunnen ontstaan en onderneemt de activiteiten die nodig zijn om te voorkomen dat een incident zich nog eens voordoet (of op zijn minst om de kans daarop te verkleinen).

**6 Aanbeveling 6: Informeer over de toedracht**  
Zodra de toedracht van een incident bekend is, wordt de patiënt daarover duidelijk geïnformeerd. In het kader van deze communicatie wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de wensen en behoeften van de patiënt.

**7 Aanbeveling 7: Verzamel gegevens en verklaringen**  
In geval van een incident waardoor de patiënt schade oploopt, spant de zorgaanbieder zich, in aanvulling op het ter beschikking stellen van een volledig dossier, in voor het verzamelen van andere gegevens en verklaringen die behulpzaam kunnen zijn bij de vaststelling van de feiten.

**8 Aanbeveling 8: Erken de fout en biedt excuses aan**  
Indien uit het onderzoek naar de toedracht van het incident blijkt dat er sprake is geweest van een fout dan erkent de zorgaanbieder deze fout en biedt hij de patiënt excuses aan.

**9 Aanbeveling 9: Informeer over de klacht- of claimprocedure**  
Als de patiënt naar aanleiding van het incident een klacht of claim wil indienen, informeert de zorgaanbieder hem schriftelijk over de verschillende mogelijkheden daartoe en over de daarvoor geldende criteria.

Meer informatie over de GOMA, onder meer ook de aanbevelingen voor aansprakelijkheidsverzekeraars en belangbehartigers, vindt u op [www.deletselschaderaad.nl](http://www.deletselschaderaad.nl).



# mijnMediClaim.nl biedt patiënten houvast

90 dagen. Dat is de tijd die ervoor staat om een patiënt te laten weten of een ingediende claim wordt erkend of afgewezen - of dat meer tijd nodig is om te beslissen. Met **mijnMediClaim.nl** kan de patiënt nu exact volgen wat er met zijn claim gebeurt in die drie maanden. Op zijn persoonlijke inlogpagina ziet hij in één oogopslag in welke fase de beoordeling zich bevindt. 100 procent transparant en toch volkomen privé.

MediRisk heeft het afgelopen jaar belangrijke stappen genomen om de claimbeoordeling te versnellen en het belang van de patiënt verder centraal te stellen. MijnMediClaim.nl is een mooi vervolg daarop. Het is ook een antwoord op de dwingende vraag naar transparantie. Niets is immers zo vervelend als onduidelijkheid over het beoordelingsproces en eventuele stagnaties. Want waar ligt dan het probleem en wie brengt de boel weer op gang? MijnMediClaim.nl biedt openheid en neemt daarmee veel onzekerheid weg bij patiënten en belangenbehartigers, die vaak onvoldoende zicht hebben op wat er achter de schermen gebeurt.



**mijnMediClaim.nl**

Welkom bij mijnMediClaim.nl, een tool voor wat MedRisk. Hier kunnen patiënten en Rut-Termine, die een medische claim hebben ingediend, zien in welke fase de behandeling van een claim is. MedRisk is een service van voor medische aansprakelijkheid voor bijna 70% van de algemene Nederlandse ziekenhuizen. Wanneer een ziekenhuis is aangesloten bij MedRisk kunnen wij uw claim in behandeling nemen.

**Inloggen**

E-mail:

Wachtwoord:

**Inloggen**

MedRisk.nl

M.R. Demis

1. **Overname van de behandeling nemen met een voorstel**

2. **Terugpak van benodigde medische informatie**

3. **Overname van de medische aansprakelijkheid**

MediRisk.nl

**Transparant en betrokken**

Dus dat dit een tijd voor u is met veel vragen, geeft MedRisk u graag inzicht via mijnMediClaim.nl. Zo weet u precies in welke fase uw claim zich bevindt en wanneer u duidelijkheid krijgt over de uitkomst.

**Overzichtelijke stappen**

Op mijnMediClaim.nl ziet u heel gemakkelijk welke fasen het claimproces kent en hoeveel tijd er gemiddeld staat voor de verschillende fasen. MedRisk werkt tijdens de behandeling van een claim volgens de Gedragscode Openheid medische Aansprakelijkheid (GOMA). Daarom vindt u naast de feitelijke tijd van de claimbehandeling, ook de voorgeschreven doortreftijd.

**Veilig en betrouwbaar**

mijnMediClaim.nl is uw persoonlijke pagina. Het is een doel u zo veel mogelijk inzicht te geven in de voortgang. De behandeling van een claim gebeurt zorgvuldig. Verschillende partijen spelen een rol in het verzamelen van informatie om tot een oordeel te kunnen komen over uw claim: uzelf en een eventuele belanghebbende, het ziekenhuis en MedRisk. Alle informatie wordt zorgvuldig bekeken en beoordeeld door deskundigen.

**MediRisk**

medrisk.nl | 020 485 2222 | contact@medrisk.nl | info@medrisk.nl | 020 485 2222

## Hoe werkt het?

Vier fasen kent de claimbeoordeling. Bij elke fase hoort een maximale duur conform de Gedragscode Openheid Medische Aansprakelijkheid (GOMA), waarover meer op pagina 7. Online kan de patiënt inzien in welke fase zijn claim zich bevindt. De patiënt leest wat er per fase gebeurt, wie er mee bezig is, hoe lang deze fase zou mogen duren en of die termijn nog niet overschreden is. Ook wordt het doel van elke fase kort en bondig omschreven, evenals de bijdrage die de verschillende partijen moeten leveren. Zo staan er twee weken voor fase 1: het in behandeling nemen van de claim door MediRisk. In die periode ontvangt de patiënt onder andere een machtiging, waarmee MediRisk in een latere fase zijn patiëntgegevens kan opvragen. Die papieren moet de patiënt in fase 2 binnen twee weken retourneren, zodat MediRisk snel aan de slag kan. In fase 3 gaat MediRisk met de machtiging van de patiënt naar het ziekenhuis om alle benodigde informatie op te vragen. Hier hebben we drie weken de tijd voor, conform GOMA.

De beoordeling vindt plaats in fase 4, door de schadebehandelaar en medisch adviseur. Met zes weken is dit de langste fase. Ook het ziekenhuis en de medische zorgverleners geven in deze periode hun reactie. De patiënt ontvangt thuis bericht van het eindoordeel en de beroepsmogelijkheden.

## Inzicht in eigen invloed

Door de nieuwe online werkwijze ziet de patiënt niet alleen wat er al is gedaan en wat er nog moet gebeuren; hij of zijn belangenbehartiger weet ook direct wat van hem wordt verlangd in een bepaald stadium. En waaraan het kan liggen als niet binnen de voorgeschreven termijn wordt opgeleverd. Directeur Marjoleine van der Zwan: "We verwachten veel van mijnMediClaim.nl. De komst van de GOMA is al een grote stap voorwaarts. Dat ook de voortgang van de claimbehandeling inzichtelijk wordt, geeft de patiënt nog eens extra houvast. En daar hebben alle partijen baat bij." •

# MediRisk start nieuwe rondom per

MediRisk en haar leden streven samen naar verkleining van medische schaderisico's, een beheersbare premie en veilige patiëntenzorg. Preventie is dé pijler waarop de onderlinge MediRisk is gebouwd. Voortdurend worden de actuele ontwikkelingen op het gebied van patiëntveiligheid gevolgd. Op basis daarvan worden nieuwe preventieactiviteiten ontwikkeld of bestaande aangescherpt. Omdat 38 procent van de claims gerelateerd is aan de operatieafdeling krijgt deze daarbij uiteraard veel aandacht. Eerder werden deze afdelingen bezocht in het kader van de audits op de OK-vangnetten in 2008 en de follow-up in de jaren daarna. Binnenkort volgt een geheel vernieuwde campagne: de OK-audit Het Peroperatieve Traject.

De afgelopen jaren is er veel aandacht besteed aan het voorkomen van patiëntschade op de operatieafdeling, bijvoorbeeld door de OK-vangnetten van MediRisk, vanuit het TOP-project van IGZ en het VMS Veiligheidsprogramma. Onder meer de invoering van de time-outprocedure en de aandacht voor hygiënemaatregelen ter voorkoming van postoperatieve wondinfecties hebben daarbij veel inzet gevraagd van de zorgverleners op deze afdelingen.

## Daling OK-claims

Dankzij deze inspanningen ziet MediRisk gelukkig een duidelijke daling van het aantal OK-claims. Schadegegevens tonen echter ook aan dat de operatieafdeling toch nog altijd de meest risico-

volle afdeling is binnen het ziekenhuis. Van de claims die MediRisk in de periode 2008-2012 ontving, is 38 procent (circa 1.500 claims) gerelateerd aan de operatieafdeling. Deze claims vertegenwoordigden een schadebedrag van 18 miljoen euro. Vaak gaat het hierbij om incidenten die voorkomen kunnen worden, zoals verwisselingen, gemiste allergieën, postoperatieve infectie of zenuwletsel. 'Door zorgvuldige toepassing van de richtlijn Het Peroperatieve traject en hygiënemaatregelen ter voorkoming van postoperatieve wondinfecties is een flink deel van deze incidenten te voorkomen', aldus Bart Jongbloed, preventieadviseur bij MediRisk en al jaren specialist op het gebied van patiëntveiligheid in en om de operatiekamer. 'Deze richtlijnen en

maatregelen moeten goed op het netvlies van de OK-professionals blijven. We zien nu nog ruimte voor schadereductie. Daarom starten we binnenkort met de OK-audit 'Het Peroperatieve Traject'.

## Wat houdt de audit in?

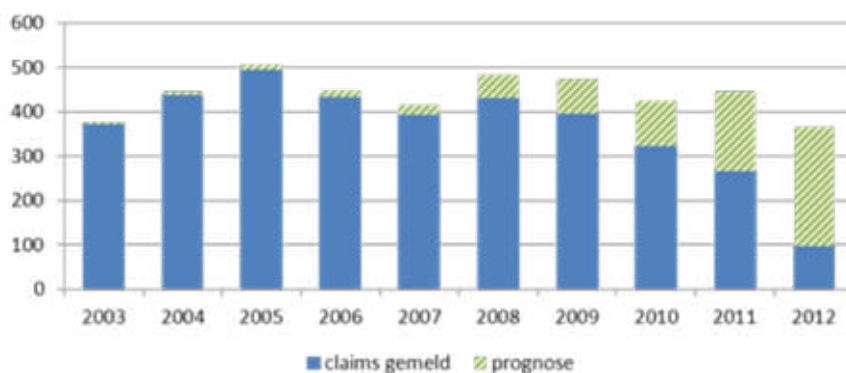
Bij aanvang van de audit vinden gesprekken plaats met de organisatorisch en medisch manager van de operatieafdeling. Vervolgens voert MediRisk gedurende twee dagen observaties uit gericht op de time-outprocedure en de hygiënemaatregelen. Na afloop koppelt MediRisk de eerste bevindingen terug aan het management van de operatieafdeling en de Raad van Bestuur. Vanzelfsprekend volgt daarop een rapport met alle resultaten. Bart Jongbloed: 'In goed overleg met de bezochte ziekenhuizen informeren we daartoe de leden over interessante innovaties en excellente voorbeelden die ook voor andere leden de moeite waard zijn.'

**Trudie Doodeman, manager OK van het Westfriesgasthuis: 'De meest passieve wijze van het beïnvloeden van gedrag is het opleggen van regels en normen. De meest actieve wijze van het beïnvloeden van gedrag is professionals te betrekken en te informeren over uitkomsten die directe relatie hebben met de kwaliteit van zorg. Daarom ben ik enthousiast over dit project van MediRisk.'**

# OK-audit operatief traject

Start OK vangnetten

481



Jeannette Ronchetti, bedrijfsleider unit OK van Zaans Medisch Centrum: 'Het auditten van de processen op en rond de OK zijn onderdeel van je patiëntveiligheidssysteem. Hierdoor creëer je openheid en de bereidheid tot verbeteren. Eigenlijk maak je de PDCA-cyclus rond. Ook de audits van MediRisk kunnen de professionals op de OK hiertoe aanzetten. Een goed middel om de processen op de OK nog veiliger te maken!'

## IGZ: Zero tolerance

Bijzonder actueel is ook de aandacht van de IGZ waarbij een zero tolerance-beleid wordt toegepast bij verwisseling.

*"De inspectie constateert dat cruciale veiligheidsprocedures zoals de timeout, sign-out en dubbelcheck van medicatie, in veel ziekenhuizen goed worden nageleefd maar ook dat er ziekenhuizen zijn waar het toepassen van de richtlijnen nog steeds onvoldoende is. Dit uit zich onder meer in nog steeds optredende verwisselingen waardoor patiënten schade oplopen. De inspectie vindt dit onacceptabel en zal in 2013 scherper toezien op naleving en naast maatregelen bij calamiteiten tegen de operateur ook bij het niet nakomen van de veiligheidsnormen zo nodig operatieafdelingen sluiten." E. (Ed) Schoemaker, Coördinerend/specialistisch senior inspecteur.*



# Goed werkgeverschap verzekerd

Een verpleegkundige breekt haar pols tijdens een bedrijfsuitje of krijgt op weg naar een buitenpoli een auto-ongeluk. Het zijn vervelende gebeurtenissen waarbij op enig moment ook het aansprakelijkheidsvraagstuk ter sprake komt. Dat is voor niemand prettig. “Je hebt het liever over hoe je de ellende als gevolg van het ongeval, zo veel mogelijk kunt verhelpen.” MediRisk biedt de mogelijkheid de aansprakelijkheidspolis aan te vullen met de rubriek Goed Werkgeverschap. Daarin staat de medewerker centraal en is de aansprakelijkheidsvraag niet aan de orde. Het maakt bovendien een aparte WEGAM en ongevallen verzekering overbodig.

Aandacht voor goed werkgeverschap is de laatste jaren enorm toegenomen. De zorg van een werkgever voor de werknemer houdt niet op bij het creëren van een veilige werkomgeving. Het gaat er ook om dat werknemers die tijdens werkgerelateerde activiteiten een ongeval krijgen, zo goed mogelijk worden geholpen. Het Oogziekenhuis Rotterdam koos in 2011 voor aanvulling van haar aansprakelijkheidsverzekering bij MediRisk met de rubriek Goed Werkgeverschap. Deze rubriek dekt niet alleen personen- en zaakschade die medewerkers oplopen tijdens hun werk, maar bijvoorbeeld ook schade die zij oplopen tijdens woon- werkverkeer of tijdens een personeelsuitje. Daarbij gaat de dekking niet uit van een vast bedrag voor het soort ongeval, maar van de werkelijke waarde van de opgelopen schade. Of de medewerker of werkgever aansprakelijk is, is geen issue.

## Arbeidsverhoudingen

Joop den Dulk, controller bij Het Oogziekenhuis Rotterdam licht de keuze toe: “Het Oogziekenhuis Rotterdam voelt zich verantwoordelijk voor het personeel en wil haar zorgplicht ten aanzien van hen zo goed mogelijk geregeld hebben. Ook de overheid hamert hier steeds meer op en in de rechtspraak zie je steeds vaker dat de werkgever aansprakelijk wordt gesteld voor werk-

gerelateerde ongevallen. Omdat onze medewerkers nogal wat dienstreizen maken, zijn bijvoorbeeld een goede werkgeversaansprakelijkheidsverzekering voor motorvoertuigen (WEGAM) en ook een ongevallenverzekering erg belangrijk. Wij kwamen tot de conclusie dat de rubriek Goed Werkgeverschap van MediRisk dit soort zaken in één keer én goed dekt. Tegen niet al te veel meerkosten hoeven we ons ook geen zorgen meer te maken over de schuldvraag. Dat is prettig. Discussies daarover zijn voor iedereen vervelend en gaan ten koste van de arbeidsverhoudingen. Die moet je zien te voorkomen.”

Ook Zorgpartners Friesland, een organisatie met circa 5500 medewerkers die werkzaam zijn op vijftien verschillende locaties, koos in 2012 voor de rubriek Goed Werkgeverschap. “Een pluspunt van deze verzekering is dat de dekking behoorlijk uitgebreid is”, aldus Lochnaar Kingma, coördinator verzekeringen. “Voor een organisatie met veel verschillende locaties is dat niet onbelangrijk. Je vraagt van je mensen veel te reizen. Dan heb je

ook de plicht om goed voor hen te zorgen als zich een ongeval voordoet. Daar zat een hiaat in onze dekking en de verzekering van MediRisk vult dit gat goed op.”

## Service

Lochnaar Kingma vervolgt: “De eerlijkheid gebiedt mij wel te zeggen dat wij op dit moment onderzoeken hoe we overlappings in en daarmee de kosten van onze verzekeringsportefeuille tot een minimum kunnen beperken, zonder dat de kwaliteit van de verzekeringen minder wordt. Uiteraard leggen we daarbij ook de rubriek Goed Werkgeverschap van MediRisk onder de loep. Maar het gaat ons niet direct om de goedkoopste verzekering. We zoeken naar goedkopere alternatieven met dezelfde voorwaarden en dezelfde dekking. En met een goede service. Een groot voordeel van het onderbrengen van deze verzekering bij MediRisk is dat je je niet hoeft af te vragen onder welke verzekering een ongeval valt. Dat doet onze contactpersoon bij MediRisk wel. Die neemt je dit soort lastige vragen uit handen en pluist het wel voor je uit. Ook dat is veel waard.” •

## Meer informatie

Voor meer informatie over of aanvulling van uw polis met de rubriek Goed Werkgeverschap kunt u contact opnemen met Theunis Schaafstra, manager Klant & Advies (030) 247 46 25.

## Geschillencommissie Zorginstellingen: laagdrempelig en gedegen uitspraken

# Het alternatief voor de rechter

Harry Henschen, directeur verzekeringstechniek van MediRisk, was erbij toen De Geschillencommissie een speciale commissie voor ziekenhuizen instelde in 1995 - voor claims tot toen maximaal 5000 gulden, tegenwoordig 5000 euro. Alle MediRisk-ziekenhuizen hebben zich inmiddels verbonden aan de Geschillencommissie. Het grootste voordeel? "De laagdrempeligheid. Een patiënt vult een formulier in, betaalt zo'n 50 euro klachtengeld en vier maanden later ligt er een uitspraak, die ook nog eens zeer deskundig is. Medische experts maken deel uit van de commissie. Doorgaans hoeven er dus geen artsen te worden ingevlogen, zoals bij een rechtbank. Ideaal. En voor zover ik weet, zijn ook ziekenhuizen en patiënten content met de gedegen uitspraken van De Geschillencommissie."

### Opbouw jurisprudentie

MediRisk is dus blij met het huidige functioneren van De Geschillencommissie Zorginstellingen. Die waardering is wederzijds, vertelt hoofd Juridische Zaken Koos Nijgh op het kantoor in

Den Haag. Het is het zenuwcentrum van maar liefst 53 consumentencommissies en zeven ondernemerscommissies, die geschillen oplossen op allerlei terreinen. Je kunt het zo gek niet bedenken of het wordt bij een Geschillencommissie beslecht. Mensen stappen naar De Geschillencommissie met klachten over slecht presterende afstudeercoaches, vermiste post, schade aan meubels door het verhuisbedrijf, een mislukte vakantie, slechte dienstverlening door een advocaat of gebreken aan een nieuwbouwoopwoning. En dus ook met klachten over zorginstellingen. "Denk maar aan klachten over materialen die in het lichaam achterblijven, verkeerd toegediende medicijnen en gebrekkige informatie over de behandeling, maar ook over in het ziekenhuis kwijtgeraakte eigendommen. In dat laatste geval luidt het oordeel dat de patiënt zelf op zijn zaken moet letten als hij bij zijn volle bewustzijn is. Wanneer hij dat niet is, bijvoorbeeld omdat hij gewond bij spoedeisende hulp wordt binnengebracht, moet het ziekenhuis die verantwoordelijkheid op zich nemen."

Directeur Peter Moerkens schuift aan: "Het mooie is dat je op deze manier jurisprudentie opbouwt, waarmee ziekenhuizen hun beleid kunnen aanpassen. Een volgende keer hoeft zo'n kwestie niet meer bij ons ingediend te worden. Dan kan het ziekenhuis eerdere uitspraken aan de patiënt laten zien en exact vertellen wiens verantwoordelijkheid het was." Wat Moerkens betreft draagt De Geschillencommissie op die manier bij aan het voorkomen van geschillen; het kwaliteitsdenken wordt opgeschroefd. "Vaak ontstaan geschillen door slechte communicatie of bejegening. Die zaken moet je in de basis oplossen, niet bij ons. Door onze uitspraken wordt soms pijnlijk duidelijk hoe makkelijk claims zijn te voorkomen. Daar heeft MediRisk ook baat bij."

### Goed alternatief

De Geschillencommissie Zorginstellingen is een goed alternatief voor de gang naar de rechter. Dat MediRisk, samen met KNMG en NVZ, indertijd aan de wieg stond van De Geschillencommissie Zorginstellingen noemt Koos



Naar het kantongerecht, in hoger beroep... Procedures kunnen eindeloos zijn wanneer een patiënt het niet eens is met de schadevergoeding of het ziekenhuis de aansprakelijkheid betwist. Behalve wanneer De Geschillencommissie wordt ingeschakeld. Dan volgt binnen zes weken na zitting een deskundige en bindende uitspraak, zonder dat er een rechtshulpverlener aan te pas komt. "Het is voor alle partijen de manier om juridisering tegen te gaan."

Nijgh 'bijna revolutionair'. Het was toen absoluut nieuw om ziekenhuizen toe te staan geschillen buiten de rechtszaal op te lossen. "Zonder dat MediRisk zelf nog inspraak had, keerde ze de vergoedingen uit die De Geschillencommissie gebod. Na evaluatie onderschreven ook andere verzekeraars de werkwijze van de commissie." Inmiddels zijn er verschillende zorgcommissies bijgekomen. In 2007 werd de commissie koepelbreed, door toevoeging van de brancheorganisaties Actiz, VGN en GGZ Nederland. In 2008 kwam er een commissie Zelfstandige Klinieken, in 2011 een commissie Verpleging, Verzorging en Thuiszorg en in april van dit jaar is de commissie GGZ van start gegaan. Moerkens: "Het wérkt, voor alle betrokkenen. De commissie bestaat uit drie personen: een rechter als voorzitter, een lid voorgedragen door de patiënten- en consumentenorganisaties en een deskundig lid uit de kringen van NVZ en KNMG. Zij werken volkomen onafhankelijk en onpartijdig en samen kunnen ze een brede weging van zaken maken. Heel anders dan de kantonrech-

ter, die generalist is en geen medisch-technische deskundigheid in huis heeft."

#### Tot 25.000 euro

Het gaat bij De Geschillencommissie niet altijd om financiële claims. Soms willen mensen ook gewoon een uitspraak over de naleving van een zorgplan of de ondertekening van een wilsverklaring. Toch zou het een goede zaak zijn om de competentiegrens van deze commissie gelijk te trekken met die van de kantonrechter, vinden de mannen van De Geschillencommissie. "Gaat het om claims van tonnen, dan is een snelle en eenvoudige oplossing meestal geen optie. Die worden sowieso gejuridiseerd. Maar bij bedragen tot 25.000 euro is het prettig om geschillen laagdrempelig en informeel te kunnen oplossen, terwijl besluiten wel formeel erkend worden." Nijgh vervolgt: "Bij ons heb je in principe geen rechtshulp nodig. De scherpe kantjes van bewijsvoering zijn eraf; de commissie kan zelf medisch oordelen en zo nodig maakt een onafhankelijke expert een deskundigenrapport, waar partijen weer commentaar op kunnen geven. Groot voordeel is

dat zowel NVZ en KNMG als de consumenten- en patiëntenorganisaties initiator van de commissie zijn." Op dit moment behandelt de commissie veertig tot vijftig zaken per jaar, waarvan de meeste niet eens de eindstreep bereiken. Een groot deel wordt in de voorfase al opgelost. De capaciteit om meer zaken op te pakken is er, aldus Moerkens. "Bovendien beseffen ziekenhuizen steeds sterker dat ook de manier waarop je geschillen afhandelt, meeweegt in het oordeel van de patiënt. Reviews, daar gaat het om. Wil je goed worden beoordeeld, laat de consument dan niet zwemmen. Los het op! Vroeger kon een matige arts of behandeling er nog wel tussendoor glijpen. Tegenwoordig kan iedereen eerdere ervaringen van andere patiënten inzien, bijvoorbeeld op [Zorgkaartnederland.nl](http://Zorgkaartnederland.nl). Een slechte beoordeling op internet van de manier waarop je met een geschil omgaat, zal ongetwijfeld effect hebben. Patiënten luisteren steeds meer naar andere patiënten. Logisch toch!" •

## Er valt nog veel winst te behalen

# Wond- infecties na operatie

Iedere patiënt die wordt geopereerd, loopt het risico op een postoperatieve wondinfectie. Zo'n infectie kan niet alleen leiden tot aanvullende behandelingen, maar vooral ook tot veel pijn bij de patiënt. De POWI-interventiebundel uit het VMS-veiligheidsprogramma biedt een handvat om deze infecties te beperken. Maar er valt veel meer winst te behalen, zo wijst de praktijk uit. MediRisk ondersteunt deze initiatieven.

"Als het gaat om het voorkomen van postoperatieve wondinfecties, powi's, staan we er in Nederland niet florissant voor," aldus professor Jan Kluytmans, arts-microbioloog in het Amphia Ziekenhuis in Breda en het VU medisch centrum en voorzitter van de Stichting Werkgroep Infectiepreventie.

"Nederlandse ziekenhuizen doen nog te weinig om deze infecties, die naast een langere opnameduur ook heroperaties, invaliditeit en zelfs sterfte tot gevolg kunnen hebben, terug te dringen. Toch zijn daar wel mogelijkheden voor. Dit blijkt onder meer uit de cijfers die door 73 ziekenhuizen worden verzameld in het landelijk registratiesysteem PREZIES (Preventie Ziekenhuisinfecties door Surveillance, red.). Voor exact dezelfde operaties bestaan er grote ver-

schillen tussen de infectiepercentages van ziekenhuizen. Zo lag het gemiddelde infectiepercentage voor een darmoperatie in augustus 2012 op ongeveer zestien procent. Het best scorende ziekenhuis registreerde echter vier procent infecties, terwijl het hoogste percentage ongeveer 35 procent bedroeg. Hoewel deze verschillen deels verklaard kunnen worden door casemix en nauwkeurigheid van registratie, duidt dit erop dat sommige ziekenhuizen de powi's aanzienlijk beter onder controle hebben dan andere."

### Registreren stimuleert

De POWI-interventiebundel uit het VMS-veiligheidsprogramma biedt een bruikbaar handvat om postoperatieve wondinfecties in de operatiekamer te voor-

komen. De in PREZIES registrerende ziekenhuizen die sinds 2009 werken aan implementatie van de bundel, meldden eind 2011 een afname van het infectiepercentage voor dikke-darm-operaties met 37 procent. De kracht schuilt hem volgens de rapporteurs vooral in het feit dat medewerkers in de operatiekamer zich meer bewust zijn van het belang om infecties te voorkomen. "Cultuur is de belangrijkste factor bij het voorkomen van powi's", stelt ook Jan Kluytmans. "Het gaat er om dat medewerkers in de operatiekamer alert zijn op de kans op wondinfecties en letten op hun rol daarin. Een goede registratie, al is het met de hand, draagt daaraan bij. Die maakt inzichtelijk wat er gebeurt. Dat is de basis." Die mening deelt ook Bas Vierhout. Hij is vaatchirurg in het



Wilhelmina Ziekenhuis in Assen en intensief betrokken bij de ontwikkeling van preventiemaatregelen voor wondinfecties. In dat kader verrichtte hij onder meer onderzoek voor het CBO.

“Registratie maakt veel inzichtelijk. En stimuleert om te zoeken naar verdere verbetering.” Bas Vierhout spreekt hierbij mede uit eigen ervaring: “Het Wilhelmina Ziekenhuis besteedt veel aandacht aan het voorkomen van postoperatieve wondinfecties. Wij registreren niet alleen de powi-gegevens, waarvoor we de patiënten tot zes weken later volgen, maar koppelen de informatie ook terug aan de operateur. Met deze gegevens zoekt de operateur in een multidisciplinair team naar mogelijke verbeteringen. In 2011 bleek uit de gegevens dat het infectiepercentage bij borstkankeroperaties in ons ziekenhuis, met 4,7 procent vrij hoog lag ten opzichte van andere ziekenhuizen die registreren in PREZIES. Uit de powi-gegevens bleek dat 70 procent van de infecties was veroorzaakt door de *Staphylococcus aureus* bacterie. We hebben toen actie ondernomen door patiënten voorafgaand aan de operatie te screenen op aanwezigheid van deze bacterie in de neusholte en dragers te behandelen met zeep en een neuszalf met antibiotica.”

### Preventie loont

De resultaten in het Wilhelmina Ziekenhuis zijn positief. In 2012 werden 92 borstkankerpatiënten gescreend, twintig procent was drager van de bacterie en werd behandeld. Geen van deze patiënten liep een postoperatieve wondinfectie op. Van de drie patiënten die wel een postoperatieve wondinfectie opliepen, bleek er één geïnfecteerd door een andere bacterie. “Met een infectiepercentage voor borstkankeroperaties van 1,9 procent, zitten we dus in een jaar tijd onder het landelijk gemiddelde van twee procent. Het idee is dan ook nu, om deze aanpak uit te breiden naar orthopedische ingrepen.” Maar het liefst zou Bas Vierhout zien dat ook andere ziekenhuizen kiezen voor deze aanvullende aanpak om powi's te voorkomen. “We hebben daarvoor met het Rijnland

Ziekenhuis een bredere publicatie in gang gezet. Evidence is belangrijk om artsen en ziekenhuizen te overtuigen om over te gaan tot registratie, borging en het benutten van gegevens.”

Jan Kluytmans is de ontdekker van het effect van de inzet van antibiotische neuszalf rondom de operatie ter voorkoming van infecties door *Staphylococcus aureus*. “De POWI-interventiebundel is gericht op de processen in de OK. Maar de grootste bron van bacteriën in operatiekamer bevindt zich op de operatietafel. Als het gaat om het voorkomen van powi's, valt daar nog veel winst te behalen.” De onderzoeken die hij sinds de jaren negentig in dat kader verricht, vormen inmiddels mede de basis voor richtlijnen van het International Health Institute (IHI) en de Centers for Disease Control and Prevention voor Amerikaanse ziekenhuizen. “Inmiddels is in Amerika het gebruik van neuszalf bij cardiologische ingrepen verplicht. Het is jammer dat we in Europa geen krachtig orgaan hebben dat dergelijke richtlijnen breed kan aanbevelen. Ze komen wel, maar het duurt lang, heel erg lang.”

### Ruim 1,5 miljoen besparing

Het Amphia Ziekenhuis zelf is, vooruitlopend daarop, de weg al ingeslagen. Jan Kluytmans sluit af: “Sinds ruim twintig jaar screenen we hartpatiënten die moeten worden geopereerd op de aanwezigheid van *Staphylococcus aureus*. Draggers van de bacterie worden aan de hand van een protocol behandeld met neuszalf. Met succes! Wij hebben het aantal postoperatieve infecties op het gebied van hartchirurgie teruggebracht van vijf procent tot ver onder de één procent. Op 1600 operaties per jaar spreek je dan van tien geïnfecteerde patiënten, in plaats van tachtig. We voorkomen dus veel pijn, aanvullende behandeling en zelfs sterfte. En besparen hierdoor alleen al op het gebied van hartchirurgie en orthopedie zo'n anderhalf tot twee miljoen euro per jaar aan extra kosten die ontstaan door bijvoorbeeld een langere opnameduur en heroperaties als gevolg van powi's. Dat is nogal wat.” ●

### Social talk...

Dat er op het gebied van hygiëne maatregelen nog het een en ander kan worden verbeterd blijkt uit onderzoek van professor Kluytmans in zijn eigen ziekenhuis. Er werd een top drie opgesteld van redenen voor vermijdbare deuropeningen:

1. social talk
2. afwisseling van teams voor koffie of lunch
3. het ontbreken van instrumenten bij aanvang van de operatie

### POWI-interventiebundel

De POWI-interventiebundel uit het VMS-veiligheidsprogramma bestaat uit vier interventies:

1. Zorg voor tijdige toediening van de antibioticaprofylaxe, dat wil zeggen binnen 15 à 60 minuten voor de ingreep.
2. Niet preoperatief ontharen is de norm, tenzij het om operatietechnische redenen nodig is. In dat geval moet de tondeuse worden gebruikt.
3. Zorg voor handhaving van de normale lichaamstemperatuur gedurende de hele operatie.
4. Beperk het aantal deurbewegingen tijdens de operatie tot het absolute minimum.

De eerste drie interventies zijn evidence-based. De vierde interventie heeft niet zozeer een bewezen effect op het terugdringen van postoperatieve wondinfecties, maar versterkt het hygiënebewustzijn en het gevoel voor discipline van medewerkers.

### Meer informatie

Voor meer informatie over hun ervaringen kunt u via de redactie van Alert contact opnemen met Bas Vierhout en Jan Kluytmans.

Zie voor meer informatie over het kostenaspect het artikel 'Reduced costs for *Staphylococcus aureus* carriers treated prophylactically with mupirocin and chlorhexidine in cardiothoracic and orthopaedic surgery', M.M. van Rijen, L.G. Bode, D.A. Baak, J.A. Kluytmans, M.C. Vos, Epub, 14-8-2012

# Look a like, sound a like

Een verwisselingsfout op de operatieafdeling kan zomaar ontstaan. Tal van verwisselingen komen voor met tal van oorzaken. Een verkeerde prothese, wel gedubbelchecked, maar niet opgemerkt. Een verkeerde dosering van een intraveneus medicament, niet gedubbelchecked. Een links-rechtsverwisseling of verwisseling van vinger of teen of operatieplaats, de time-outprocedure heeft de fout niet ondervangen. Een verwisseling van weefselstructuur zoals zenuw-vene door arts-assistent, door onvoldoende supervisie? Of een verkeerde spoelvloeistof gebruikt die zonder dubbelcheck werd aangereikt? Deze beruchte foutkans is al zo oud als de weg naar Rome en alle zorgverleners op de operatieafdeling zijn zich hiervan bewust. Toch is er pas sinds de introductie van de time-outprocedure echt sprake van een systematische aanpak van deze gevreesde foutkans. MediRisk ziet het aantal verwisselingen dan ook teruglopen.

De kern van de time-outprocedure is om gelijktijdig met de teamleden een (dubbel) check uit te voeren en bij eventuele twijfel het proces te stoppen en de twijfel weg te nemen, zodat de behandeling volgens plan kan doorgaan. De operatieafdeling kent meer processen waar een verwisselingsfout kan optreden, waarvan de foutkans nog minder goed beheersbaar is. MediRisk kent een aantal claims door verwisselingsfouten met medicatie. Niet bij de afdeling anesthesie, maar juist waar je het minder zou verwachten: bij de chirurgie. Niet veel, maar met wel met ernstige schade. En elke schade is er één teveel.

## Voorbeeld 1

Een verwisseling van Metyleenblauw met Patent Blue. (Patent Bleu is een diagnostisch middel en wordt gebruikt om de lymfevaten en bloedvaten zichtbaar te maken. Metyleenblauw wordt onder andere gebruikt om huidincisies af te tekenen. Beide vloeistoffen zijn

gelijk van kleur.) Voor de voorbereiding van een schildwachtklierprocedure legde de operatieassistent een spuit met Metyleenblauw klaar. Hiermee kon de incisieplaats worden afgetekend. De spuit was niet van een etiket voorzien en lag naast een doosje met Patent Blue ampullen. De arts-assistent nam de klaarliggende spuit en injecteerde de borst in de veronderstelling dat de spuit Patent Blue bevatte. Kort na de injectie werd de fout opgemerkt, omdat de klaarliggende spuit gemist werd. Direct werden de behandelend chirurgen en de apotheker geraadpleegd. De kans op schade werd op 'waarschijnlijk gering' geschat. De juiste kleurstof werd alsnog toegediend en de operatie verliep volgens plan. De arts-assistent informeert de patiënt uitgebreid over de fout. Na de operatie treedt er toch necrose van de huid op. Onderzoek wees uit dat dit gevolg mogelijk niet uitsluitend aan de foutieve injectie toe te schrijven was. In een klein deel van dit type operaties

treedt huidnecrose als complicatie op. De aansprakelijkheid wordt erkend. Het ziekenhuis treft direct maatregelen. Alle medicatie moet zijn voorzien van een etiket met naam en dosering van het medicament, en gedubbelcheckt zijn voor toediening.

### Voorbeeld 2

Huid gespoeld met verkeerde vloeistof. Brandwonden. Bij het beëindigen van de mammaoperatie is de huid abusievelijk gespoeld met chloorhexidine in alcohol in plaats van fysiologisch zout. De operateur coaguleerde nog een bloedvatje. Hierbij vatte het gaas vlam en veroorzaakte brandwonden waarvoor een hersteloperatie nodig was. Achteraf bleek dat de operatieassistent het gaas

had gedrenkt in het verkeerde bekken-tje. Het ziekenhuis heeft maatregelen getroffen om herhaling te voorkomen. Naast kleuring van het desinfectans is niet bekend welke.

### Schade voorkomen

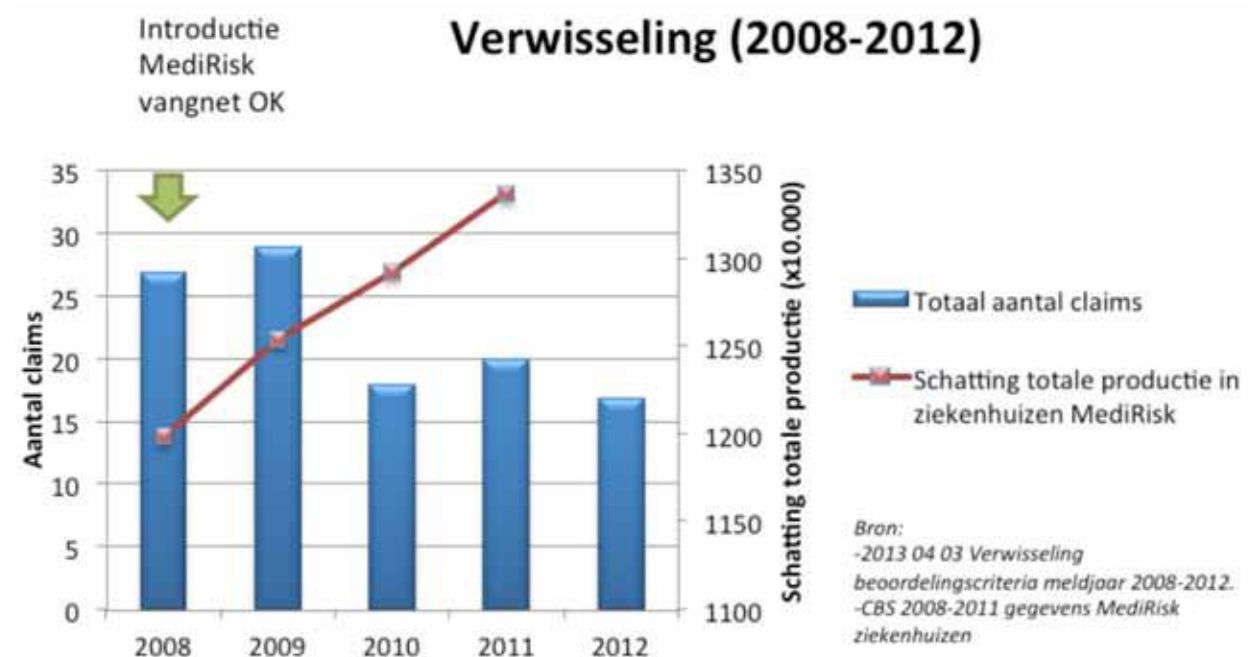
Van de hiervoor beschreven incidenten is het aannemelijk dat door een goed functionerende dubbelcheck of als onderdeel van het time-outproces deze suboptimale situaties tijdig herkend hadden kunnen worden en schade aan de patiënt voorkomen had geworden.

Is deze categorie medicatie in uw ziekenhuis in een controle regime gevat net zoals voor overige medicatie op de operatieafdeling? De voorbeelden laten zien dat een ongeluk in een klein hoekje zit.

Spoelvloeistoffen en desinfectantia behoren ook tot de groep 'medicatie' waarvoor net als 'gewone medicatie' een dubbelcheck vereist is.

Verwisselingsfouten betreffen niet alleen operatiezijde of plaats, maar ook verwisseling van medicatie zoals spoelvloeistoffen en desinfectantia.

Gelukkig ziet MediRisk in de aangesloten ziekenhuizen het aantal verzoeken om financiële vergoeding (claims) over fouten door verwisselingen sterk teruglopen. De productie op de operatiekamers is toegenomen (zie onderstaande tabel) en het aantal claims over verwisselingen neemt af (met 21% van 28 naar 22 per jaar). Dit is goed nieuws, want dit soort fouten zijn te voorkomen. •



# Patiënt & veiligheid



## Hoe meer likes, hoe minder sterfgevallen

Uit een Amerikaans onderzoek blijkt dat Facebook een uitstekende manier is om ziekenhuizen te vergelijken. Hoe meer likes (vind-ik-leuks) een ziekenhuis krijgt op het sociale medium, hoe lager het sterftcijfer. In het onderzoek, gepubliceerd in het *American Journal of Medical Quality*, werden veertig ziekenhuizen in New York met elkaar vergeleken. Tegenover ieder procentpunt minder sterfgevallen in een maand, stonden 93 meer likes. Schijnbaar voelen patiënten haarfijn aan hoe goed de zorg in een ziekenhuis is. Uit het onderzoek bleek ook dat ziekenhuizen over het algemeen weinig likes verzamelen. Zelfs het populairste ziekenhuis had er maar een paar honderd. Blijkbaar hebben mensen weinig behoefte om hun zorginstellingen een pluim te geven. Doen ze dat wel, dan is dat een krachtig teken. *(Metro, maart 2013)*



## Aardige artsen bevorderen efficiency

Artsen en andere zorgverleners moeten in eerste instantie aardig zijn. Dat zegt de Nieuw-Zeelandse anesthesioloog Robin Youngson in een interview in *Mednet Magazine*. Youngson is de oprichter van de organisatie *Hearts in Healthcare*. Aardig zijn betekent onder meer echt luisteren, aldus Youngson. "Uit onderzoek blijkt dat het consult sneller, beter en effectiever is bij een arts die echt luistert naar de patiënt. Dat heeft ermee te maken dat een patiënt zich dan gehoord voelt. Als je daar overheen walst, wordt de patiënt steeds eisender. Dát kost pas tijd." Hij relateert: "Het klinkt natuurlijk gemakkelijk, maar dat is het niet. Vooral als je dat niet gewend bent. Er is altijd tijdgebrek en er is zo veel te doen. Maar je kunt er wel de vaardigheden voor aanleren." Meer hierover schrijft Youngson in het onlangs verschenen boek 'Time to Care.' *(Mednet, 19 februari)*

## Zorginstellingen slecht bereikbaar voor klachten

Lang niet alle zorginstellingen hebben hun klachtenbehandeling op orde, blijkt uit onderzoek van het NIVEL. Bij slechts een op de drie instellingen is tijdens kantooruren direct iemand telefonisch bereikbaar. Ziekenhuizen brengen het er het beste vanaf. In veertig procent van de gevallen was meteen iemand bereikbaar voor het opnemen van een klacht. Bij behandelcentra en privéklinieken was dat dertig procent; bij verpleeg- en verzorgingshuizen 24 procent. Van de ziekenhuizen heeft tachtig procent iemand in dienst die is opgeleid om klachten af te handelen, tegenover twintig procent van de zelfstandige behandelcentra en privéklinieken. Die hebben vaak een directielid of afdelingshoofd aangesteld voor het aannemen van klachten. Volgens het NIVEL kan dat een extra drempel zijn om een klacht in te dienen. Wel lijkt er nu schot te komen in het voorstel voor de Wet cliëntenrechten zorg, dat al sinds juni 2010 op de plank ligt. In februari besloot minister Schippers om het wetsvoorstel in sterk afgeslankte vorm een nieuwe impuls te geven. Waarschijnlijk gaat alleen het onderdeel klachten en geschillen door, met de nadruk op informele behandeling van klachten. *(www.nivel.nl)*

## Geen betere kwaliteit door meer patiënten te behandelen

Er is geen bewijs dat de kwaliteit van zorg altijd beter is naarmate een dokter meer patiënten behandelt. Dat stelt het Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg in een onderzoek naar het effect van fusies van ziekenhuizen. Vorig jaar keurde de Nederlandse Mededigingsautoriteit (NMa) zeven fusies goed. Voor dit jaar worden er opnieuw zeven verwacht, terwijl de sepsis toeneemt of de zorg daar beter van wordt. Ook zetten de onderzoekers vraagtekens bij het argument dat concentratie leidt tot kostendaling. Fusies gaan vaak gepaard met verhuizing of nieuwbouw. Ook dat kost geld, zeggen ze. Het Consortium bestaat ondermeer uit het NIVEL en onderzoekers van de universiteiten van Nijmegen en Rotterdam. Minister Schippers van Volksgezondheid debatteerde in februari met de Tweede Kamer over haar wetsvoorstel om ziekenhuizen te dwingen hun plannen kwalitatief beter te onderbouwen in een 'fusietoets'. Die zou moeten worden afgelegd bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NMa, die nu over fusies beslist, kijkt niet naar kwaliteit maar alleen naar de keuzevrijheid voor de patiënt. *(Mednet, 14 februari)*