

Magazine voor leden
van MediRisk

Voorjaar 2014 | 10e jaargang

Alert

De risico's van het vak

Openheid van zaken

mijnMediRisk.nl is hét digitale platform voor alle MediRisk-zaken

OK audits: "Een goede time-out mag geen automatisme zijn"

Wkkgz: Rollen in klacht- en claimproces onder de loep



Wkkgz: Rollen in klacht- en claimproces onder de loep

De Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) moet ervoor zorgen dat bij een klacht of claim meer recht wordt gedaan aan de patiënt. Uiteindelijk heeft iedereen daar baat bij. Maar wat is de beste aanpak? MediRisk, leden en andere partijen brengen in kaart wat er gaat veranderen in de klacht- en claimopvang. | **pag. 4** |

mijnMediRisk.nl

'Gebruiksvriendelijk en intuïtief', 'Sneller even je dashboard inkijken'. Het zijn de eerste enthousiaste reacties over mijnMediRisk.nl, het nieuwe digitale platform waarmee ziekenhuizen vanaf nu al hun informatie van en over MediRisk direct kunnen inzien. Van claim-updates tot de polisinhoud en van dashboards tot preventiezaken. | **pag. 8** |



Verkeerde longkwab verwijderd

In 2013 kreeg MediRisk 19 claims binnen door verwisseling. Door preventieve handreikingen van verschillende instanties komt het steeds minder voor maar het zijn er nog steeds teveel. In een claimreconstructie wordt duidelijk hoe dergelijke fouten worden gemaakt en, nog belangrijker, hoe ze kunnen worden voorkomen. | **pag. 12** |

Nieuw: Patiëntenfilms

Wel of niet een claim indienen, is vaak een moeilijke keuze. Want wanneer is iets eigenlijk een claim en welke uitkomsten zijn er mogelijk als een claim eenmaal is ingediend? Om patiënten meer inzicht te geven, maakte MediRisk van elke stap in het proces een korte film. Samen geven de films een compleet en duidelijk beeld van het claimtraject. | **pag. 20** |



Inhoud

- 3** Column
Openheid van zaken
- 4** Actueel
Een luisterend oor, een verontschuldiging of een vergoeding?
- 7** Kennisdeling
IHI National Forum 2013 "Flipping healthcare"
- 8** Innovatie
mijnMediRisk.nl: één digitaal platform voor alle MediRisk-zaken
- 11** Risicobeheersing
Pilot medicatie dubbelcheck blijkt een succes
- 12** Claimreconstructie
Verkeerde longkwab verwijderd
- 14** Schadeanalyse & Preventie
OK-audits: Time-out is teamwork
- 16** Preventie
Checklist Cauda helpt groot leed voorkomen
- 17** Nieuw
Patiënt krijgt inzage in medisch advies
- 18** Risicobeheersing
Borging van kwaliteit begint bij de voordeur
- 20** Nieuw
Patiëntenfilms het klacht- en claimproces stap-voor-stap in beeld

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 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
Karlijn Leemhuis

Redactieadres
communicatie@medirisk.nl

Redactionele bijdragen
Karin Bos en Annetiek 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 Karen Kruijthof,
bestuurder Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam

Openheid van zaken

Open en transparant zijn. Ook in het ziekenhuis is dat soms gemakkelijker gezegd dan gedaan. Want hoe doe je dat: open zijn en tegelijkertijd recht doen aan de vertrouwelijke relatie tussen patiënt en dokter, tussen zorgprofessional en organisatie, tussen ziekenhuis en zorgpartners?

“Wij zijn voor
zorgvuldige openheid.”

Ik denk dan meteen aan nieuwe inzichten als *shared decision making*, waarbij je als patiënt samen met de arts tot de behandeling komt die het beste bij je past. Langzaam maar zeker ontdekken wij als ziekenhuis wat daarvoor nodig is. En dat is echt focussen op wat de patiënt wil. Niet uitsluitend de parameters van de diagnostiek laten bepalen wat er gebeurt, maar de patiënt nadrukkelijk informeren over kansen, mogelijkheden en risico's.

Maar hoe open kun je zijn tegenover patiënten als het gaat over patiëntveiligheid? Openheid over de risico's van het vak kán op gespannen voet staan met het vertrouwen van een patiënt in de kwaliteit van de zorg. En dat is zonde, want de Nederlandse gezondheidszorg is van heel hoge kwaliteit. Ik ben er trots op dat het Sint Franciscus Gasthuis hoog in 'lijstjes' staat. Maar de onderlinge verschillen tussen ziekenhuizen in Nederland zijn gelukkig niet heel groot. Bovendien gaat er ook in het Sint Franciscus Gasthuis echt wel eens iets mis. Daarom ben ik voor zorgvuldige openheid: zorgprofessionals moeten kunnen vertrouwen op een veilige en open meldcultuur. En patiënten moeten zich gehoord en betrokken voelen.

Wij zijn ook open naar onze zorgpartners in de regio. Zo werken bestuurders en kwaliteitsmedewerkers van de elf ziekenhuizen in de regio Rijnmond in een regionaal netwerk samen aan veiligheid, bijvoorbeeld om infecties zoveel mogelijk te voorkomen. Voor alle partners geldt: heb je als ziekenhuis een handig protocol, dan ben je daar open over. Je houdt het niet voor jezelf en strijkt niet met de eer in regionale kranten, maar deelt het met de andere ziekenhuizen. In onze regio concurreren we op de zorg, nooit op de veiligheid - onze grootste gemeenschappelijke deler.

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
drs. J.H.D. van Hemsbergen - voorzitter hoofddirectie VvAA groep B.V.
drs. 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 en 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



Sinds 2010 is geprobeerd de Wet cliëntenrechten zorg als geheel om te vormen. Een sluitend voorstel kwam er niet. Daarom besloot minister Schippers eerst het onderdeel klacht- en geschillenbehandeling aan te pakken. In juli 2013 ging de Tweede Kamer, na tal van aanpassingen, akkoord met de nieuwe Wkkgz. 28 januari 2014 startte de behandeling van de wet in de Eerste Kamer. Daaruit kwam een aantal zeer kritische vragen naar voren over:

- het nut en de noodzaak van het wetsvoorstel ten opzichte van bestaande regelingen. Functioneren de huidige regelingen niet goed?;
- de wijze van financiering van de gevolgen van het wetsvoorstel;
- de in het wetsvoorstel opgenomen korte behandeltermijnen die zorgvuldigheid in de weg kunnen staan;
- de vermenging van klachten en claims en de mogelijke juridisering die dit met zich meebrengt;
- de relatie tussen de geschilleninstantie en het op te richten Landelijk Meldpunt Zorg;
- de strijdigheid met Europese Regelgeving inzake de verplichting tot het aansluiten bij een geschillencommissie;
- mogelijke uitholling van de signaalfunctie voor het leren van fouten en kwaliteitsverbetering door de nieuwe rollen van de klachtenfunctionaris; variërend van patiëntondersteuning en bemiddeling tot het geven van een oordeel;
- het mogelijk onder druk zetten van het Veilig Incident Melden, omdat gegevens uit het Veilig Melden Systeem kunnen worden gebruikt in een strafrechtelijke procedure (als het bewijs niet op andere wijze kan worden verkregen).

Een luisterend oor, een verontschuldiging of een vergoeding?

MediRisk wil onnodige formalisering rond klachten en claims voorkomen

Er is een nieuwe wet in de maak. De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) moet ervoor zorgen dat bij een klacht of claim meer recht wordt gedaan aan de patiënt. Dat zaken bij de bron en in een vroeg stadium worden opgelost. Uiteindelijk heeft iedereen daar baat bij. Maar wat is de beste aanpak? En hoe kunnen we daar met elkaar op inspelen?

Vragen rondom geschillencommissie

De relatief snelle en bindende uitspraken van een onafhankelijke geschilleninstantie, is een van de mogelijkheden die de Wkkgz wil bieden als alternatief voor de rechter. Ziekenhuizen zijn aan de uitspraak van de geschilleninstantie gebonden als zij hun aansprakelijkheid betwisten of als de patiënt het

niet eens is met de toegekende schadevergoeding. Dat is nu ook al zo. Nieuw in de concept wettekst is dat ook klachten van patiënten door de geschilleninstantie worden beslecht. Voor de **Gelre Ziekenhuizen** zit daar de crux, vertelt Gerjan Heuver, lid Raad van Bestuur. "We proberen klachten altijd op de werkvloer af te handelen. Lukt dat niet, dan volgt klachtenbemiddeling en - als laatste optie - de klachtencommissie.



Gerjan Heuver

Wat ons betreft draagt een geschilleninstantie bij aan een onwenselijke stapeling van lagen. Stel nu dat een klacht ongegrond wordt verklaard, holt men dan meteen door naar de geschilleninstantie? Die ons dan verplicht om uit te keren? Dat laatste is een interessant punt. Want hoe gaat men met dat vergoedingsaspect om? Daar heb ik in ieder geval nog geen beeld van." Hier raakt Heuver de kern van de vraag die bij veel leden speelt en door het Verbond van Verzekeraars, de KNMG, NVZ en NFU uitgebreid naar voren is gebracht in Position Papers aan de Tweede en Eerste Kamer.

Rol geschilleninstantie Wkkgz schiet te ver door

De beoordeling van geschillen over schadeclaims vergt, zeker als de bevoegdheidsgrens wordt verhoogd naar € 25.000, een formeel juridische beoordeling en afhandeling, die voldoet aan de vereisten van een eerlijk proces. Tegelijkertijd zou voor de afhandeling van immateriële klachten juist een laagdrempelige, minder formele juridische benadering wenselijk zijn. In beide richtingen schiet de rol van de geschilleninstantie zoals deze is

“Overduidelijke fouten bespreken we direct met de patiënt.”



Pier Wijnia

beschreven in de Wkkgz te ver door. Bovendien ziet MediRisk het opheffen van de wettelijke vereiste klachtencommissie als een verslechtering van de rechtspositie van de patiënt. Het **Wilhelmina Ziekenhuis** deelt die mening en piekert er dan ook niet over om de klachtencommissie de deur uit te doen, vertelt secretaris van de Raad van Bestuur Pier Wijnia. “In Assen worden klachten zoveel mogelijk bij de bron opgelost. Bij ons gaan per jaar maar heel weinig klachten naar de klachten-

commissie. Toch kiest het Wilhelmina Ziekenhuis voor behoud van de klachtencommissie, ook al is er geen wettelijke plicht meer. We willen absoluut de mogelijkheid voor patiënten behouden om het binnen het ziekenhuis hogerop te kunnen zoeken - los van een geschilleninstantie.”

Symposium MediRisk

Klachten en geschillen dicht bij de bron oplossen. Dat is waar ook MediRisk en haar leden voor staan. Wat daarvoor nodig is, kwam september vorig jaar al aan de orde tijdens het MediRisk-symposium ‘Klacht- en Claimbeheersing’. Waar Professor Roland Friele, werkzaam bij Nivel, inging op het belang van een snelle en goede inventarisatie van de behoefte van de patiënt. Wil de patiënt een luisterend oor, een verontschuldiging of een vergoeding? Wat Friele betreft is het aan de klachtenfunctionaris om dat te achterhalen en waar mogelijk direct met de betrokken zorgverlener op te pakken. “Want mensen hebben vertrouwen in een constructieve uitkomst, zolang men om tafel kan met zijn behandelaar. Zodra een conflict wordt geformaliseerd, gelooft men juist dat artsen elkaar de hand boven het hoofd houden.”



Jacqueline Lambert

Verwachting scherp stellen

Op dit moment onderzoekt MediRisk samen met leden en andere partijen hoe klachtenfunctionarissen ondersteund kunnen worden in het goed in kaart brengen van waar het de patiënt om te doen is. Voor klachtenfunctionaris Jacqueline Lambert, werkzaam in diverse ziekenhuizen, is het opbouwen van vertrouwen altijd de eerste stap. Lambert schreef er onlangs haar eindschrijft voor de studie Psychologie over: “Ik zie helaas nog

veel ziekenhuizen waar, zodra het woord ‘claim’ valt, onmiddellijk een andere afdeling wordt ingeschakeld en ‘het traject’ wordt gestart. Dan is er geen weg terug. In ziekenhuizen waar mensen de kans krijgen om rustig hun verhaal te vertellen,

zal een klacht minder snel escaleren tot claim.” Daarom is Lambert voorstander van met elkaar in gesprek blijven. In eerste instantie reageert de patiënt vaak subjectief (‘ik voel me slecht behandeld’) en de arts objectief (‘ik heb alles gedaan wat ik moest doen’). Maar met goede begeleiding komt men toch tot elkaar. “En gebeurt dat niet, dan is het nog vroeg genoeg voor een claim.”

Realitycheck

Uit onderzoek van de afdeling Preventie van MediRisk blijkt dat bij ziekenhuizen, die klachten zoveel mogelijk binnen de muren van het ziekenhuis oplossen waardoor uiteindelijk minder claims worden ingediend, vaker erkenning volgt op de wél ingediende claims. Bovendien blijkt dat er vaak claims worden ingediend waarbij soms al direct evident is - of zou moeten zijn - dat deze geen kans maken op erkenning. De patiënt gaat dan onnodig een traject in waarbij hoge kosten worden gemaakt en de teleurstelling uiteindelijk mogelijk groot is. Een realitycheck vooraf door de klachtenfunctionaris, en mogelijk belangbehartiger, lijkt daarom op zijn plaats. Want: gaat het de patiënt überhaupt om schadevergoeding? Is er sprake van onzorgvuldig verwijtbaar handelen? En is de schade wel gereleateerd aan de behandeling? Het zijn vragen waar MediRisk de klachtenfunctionaris al in een vroeg stadium meer duidelijkheid over kan geven. Zijn vergelijkbare claims eerder af- of toegewezen, dan kan de patiënt dit laten meewegen in de beslissing om wel of niet een claim in te dienen. In die overweging kan ook de nieuwe patiëntfilms van MediRisk, waarin de klacht-en claimprocedure stap-voor-stap wordt toegelicht, van nut zijn. Zo weet de patiënt waar hij aan begint en of een claim kans op erkenning maakt. Samen komen klachtenfunctionaris en patiënt tot een afgewogen en gezamenlijk oordeel. Het Wilhelmina Ziekenhuis doet dat in de praktijk al, vertelt Pier Wijnia: “Overduidelijke medische fouten bespreken we direct met de patiënt. In die gevallen dat een arts naar ons toe komt en duidelijk maakt dat hij verwijtbaar heeft gehandeld, zijn wij de eersten om MediRisk te vragen de zaak snel, met oog voor het belang van de patiënt, af te handelen.”

Het is vooralsnog onduidelijk of en in welke vorm de Wkkgz een wettelijke basis krijgt. Vanuit het belang van de patiënt, blijft MediRisk zich, samen met het Verbond van Verzekeraars, de KNMG, NVZ en NFU, in de tussentijd hardmaken voor gescheiden juridische paden voor de afhandeling van klachten en claims. Daarnaast formuleert MediRisk, samen met de leden, vervolgstappen om klachtenfunctionarissen te ondersteunen in klachten aan de bron op te lossen en onnodige belasting voor de patiënt te voorkomen. Bijvoorbeeld door zo snel mogelijk de verwachtingen van de patiënt in kaart te brengen, de eerste opvang te regelen, goede informatie te bieden en te werken aan een snelle en zorgvuldige claimbehandeling conform de GOMA. •

IHI National Forum 2013



“Flipping healthcare”

“Switch de focus in de gezondheidszorg van het genezen van ziekte naar het behouden van gezondheid. En geef de patiënt de controle over zijn of haar gezondheid. Zo kan betere en veiliger zorg worden geboden tegen lagere kosten.” Zo stelde Maureen Bisognano, CEO van het Institute for Healthcare Improvement, in haar openingspeech tijdens het ‘National Forum 2013’.

Het ‘National Forum 2013’, georganiseerd door het Institute for Healthcare Improvement (IHI), vond plaats van 7 tot en met 13 december in Orlando (USA). Ruim veertig Nederlandse beleidsmakers, ziekenhuisbestuurders, medisch specialisten, kwaliteits-, veiligheids- en andere deskundigen namen deel aan dit wereldwijde forum over patiëntveiligheid, kwaliteit en doelmatigheid in de zorg. De organisatie van de Nederlandse dag lag in handen van de Orde van Medisch Specialisten in samenwerking met VvAA en MediRisk. Voorzitter van deze Nederlandse dag was Wim Schellekens. Directeur Marjoleine van der Zwan was één van de sprekers.

Meten = voorkomen

De focus van het congres was gericht op doelmatigheid en patiëntveiligheid met onderwerpen als het transparanter maken en benutten van gegevens en vooral het centraal stellen van de patiënt. “Het **Spaarne Ziekenhuis** voert het motto ‘Patient is the top of our concern’ vertelt Hugo Spruijt, klinisch fysicus bij het Spaarne. “De inhoud van de workshops, vooral gericht op transparantie en het organiseren van zorg vanuit de patiënt, heeft ons gesterkt in onze ambitie en geïnspireerd om door te gaan. Door letterlijk dichterbij de patiënt te gaan staan, bijvoorbeeld door *shadowing* waarbij iemand van het ziekenhuis de

patiënt vanaf binnenkomst begeleidt, kunnen we beter signaleren wat een patiënt tijdens het totale zorgtraject doormaakt. We verwachten vanuit deze andere invalshoek nieuwe input te halen voor verbeteracties voor de kwaliteit en de veiligheid van onze zorg.”

Theunis Schaafstra, manager Klant & Advies bij MediRisk, ziet mogelijkheden in een effectiever gebruik van claimdata. “MediRisk geeft al jaren uitkomsten van patiëntveiligheid terug aan haar leden en wetenschappelijke verenigingen in de vorm van benchmarks. Dit is natuurlijk altijd achteraf, als er al schade is ontstaan. Een interessante ontwikkeling is om beschikbare gegevens al veel eerder in het zorgproces te gebruiken om risico’s uit te sluiten en zo de stap te maken van retrospectief gebruik van data, naar direct prospectief gebruik.”

Ook in het najaar van 2014 organiseert VvAA met MediRisk weer een reis naar IHI. •

Waarom naar Amerika?

“De kwaliteit van de Nederlandse zorg is goed, gemiddeld genomen veel beter dan Amerika. Ook al moet de inspectie soms ingrijpen, wij zijn beter in het beheersen van kosten en kwaliteit”, vertelt Wim Schellekens, voorzitter van de Nederlandse dag op IHI. “De VS kent een veel grotere variatiebreedte in de wijze van zorgverlening en in resultaten: diepe dalen en hoge pieken. En juist in die pieken loopt de zorg in de VS voor op Nederland, zeker op het gebied van innovatie van kwaliteit en veiligheid. Daar kunnen wij van leren. Ook van de wijze waarop best practices steeds vaker ziekenhuisbreed worden ingezet daar waar wij in Nederland nog vaak focussen op onderdelen in het ziekenhuis. Kijk maar naar Virginia Mason, Mayo Clinic, Cincinnati’s Children, Intermountain Healthcare, Kaiser Permanente. Daarentegen zijn wij gemiddeld genomen zorgvuldiger en besteden we veel meer aandacht aan evaluatie. Amerika is opportunistischer: “Zijn de resultaten beter dan daarvoor? Dan hebben we het goed gedaan.” Dat maakt dat resultaten soms met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. In Nederland heb ik die twijfel niet. Ik denk even terug aan de presentatie van het Radboud ziekenhuis in Orlando waar de morbiditeit- en mortaliteitcijfers op de IC structureel zijn gedaald door invoering van ‘Crew Resource Management’. Dat onderzoek staat als een huis, is van grote waarde en moet eigenlijk aan de grote klok. Maar dat past ons niet zo goed. Wij in Nederland vinden al snel iets normaal en publiceren daarom nauwelijks in internationale vakbladen. Terwijl ook tijdens het National Forum van IHI weer is gebleken hoe waardevol het is om van elkaar te horen en te leren. Daarom delen we onze kennis daar graag.”



Wim Schellekens voorheen hoofdinspecteur, directeur CBO, ziekenhuisbestuurder en huisarts, nu strategisch adviseur en lid van twee Raden van Toezicht.

“A la minute de actuele status van claims inzien”

mijnMediRisk.nl: één digitaal platform voor alle MediRisk-zaken

‘Gebruiksvriendelijk en intuïtief’, ‘Sneller even je dashboard inkijken’, ‘Direct de status van claims in beeld’. Beheerders die eind januari naar de gebruikersinstructie kwamen in Utrecht, lieten zich enthousiast uit over de mogelijkheden van mijnMediRisk.nl, het nieuwe digitale platform waarmee ziekenhuizen 24 uur per dag in verbinding staan met MediRisk. Of het nu gaat om informatie over lopende claims, het actuele claimdashboard, polisinformatie, publicaties of notulen van de Algemene Ledenvergadering, op mijnMediRisk.nl is al deze informatie - en meer - direct en online beschikbaar.

“Het Claimdashboard wordt veel intensiever bekeken als men het elk moment van de dag kan inzien.”

Opdrachtgever Theunis Schaafstra, inhoudelijk deskundige Manon Eikens en projectleider Nieske Castelein zijn nauw betrokken bij de ontwikkeling. In aanloop naar de oplevering maken ze zich even vrij om te vertellen over het waarom en de mogelijkheden van mijnMediRisk.nl.

Theunis: “Transparantie is erg belangrijk voor een Onderlinge als MediRisk. Naar claimanten, naar leden en ook naar de maatschappij. We willen inzicht geven in hoe we werken en over welke informatie we beschikken. Dat zie je in allerlei initiatieven terug. Toch ontbrak het tot nu toe aan één centraal punt waar leden alle schade- en MediRisk-gegevens over het eigen ziekenhuis kunnen terugvinden. Dat is er nu wel, eenvoudig gerangschikt onder zes knoppen die ook zonder voorkennis van het systeem meteen helder zijn: claims, preventie, dashboard, polis, WMO en onderlinge.”

24 uur per dag

Preventie-analist Manon Eikens vult aan: “Minstens zo belangrijk is de actualiteit van gegevens. Voorheen zonden we twee keer per jaar een overzicht van de claims die in behandeling

zijn. Maar binnen een maand kan er veel veranderen. Met mijnMediRisk.nl staan geautoriseerde contactpersonen op elk gewenst moment in contact met MediRisk. Men kan à la minute de actuele status van claims inzien, inclusief doorlooptijden en overschrijdingen. Ook kan men het eigen dashboard vergelijken met scores van eerdere jaren, nieuwe financieel-technische ontwikkelingen van de Onderlinge op de voet volgen of - onder preventie - alle door MediRisk uitgevoerde SEH-, OK- en peroperatieve audits opvragen.”

Theunis: “Op alle fronten staan we 24 uur per dag digitaal met elkaar in verbinding. Je kunt de ander dus ook attenderen op openstaande acties. Wij doen het nu echt samen. Bij de claimstatus geven we bijvoorbeeld met een vlaggetje aan wanneer het ziekenhuis aan zet is. Zo voorkom je onnodig wachten op elkaar en houd je elkaar scherp op de voortgang. Ook in het kader van GOMA is dat van grote toegevoegde waarde.

“De mogelijkheid om een claim digitaal te melden, en daarbij aan te geven of de patiënt al een machtiging heeft afgegeven, is eveneens een sterke aanvulling. Manon: “Een melding kan



Introductiebijeenkomst voor beheerders

“Je kijkt allebei gegarandeerd naar dezelfde informatie.”

alleen worden verzonden als alle voor ons noodzakelijke velden zijn ingevuld. Daardoor weet de behandelaar zeker dat de melding volledig is. Bovendien kan het ziekenhuis in de beveiligde omgeving straks gelijk de onderdelen van het dossier bijvoegen waarover men al beschikt.”

Veiligheid gewaarborgd

Het dossier van een behandeling is bijzonder privacygevoelig en alleen voor direct betrokkenen relevant en bruikbaar. Ook veel andere informatie op mijnMediRisk.nl is uitsluitend bestemd voor enkele gebruikers in het ziekenhuis. Om die reden is er

lang en grondig gewerkt aan de beveiliging van mijnMediRisk.nl. Naast een gebruikersnaam en wachtwoord heeft men een sms-code nodig ter verificatie, vergelijkbaar met de wijze waarop banken werken. “De code krijgt de contactpersoon toegestuurd op zijn eigen mobiele telefoon en moet bij het inloggen worden ingevuld. Zo is gewaarborgd dat inloggegevens niet door derden worden gebruikt”, aldus Theunis. Wie de contactpersonen zijn en tot welke zaken zij toegang hebben, dat bepaalt de beheerder die door het ziekenhuis is aangewezen.



Voordelen mijnMediRisk.nl

- Alle MediRisk-zaken overzichtelijk bij elkaar
- Claimstatus altijd actueel
- Digitaal aanmelden van claims en WMO-onderzoek
- Veilig claimcorrespondentie uploaden
- Melding (vlaggetje) als actie van ziekenhuis gewenst is



“Intuïtief weet je eigenlijk meteen hoe het werkt.”

“Intuïtief weet je meteen hoe het werkt”

Tijdens de gebruikersinstructie voor beheerders op locatie bij MediRisk, zijn de eerste indrukken positief. Directiesecretaris Patricia Lahana van het **Maasziekenhuis Pantein** is samen met de juridisch adviseur uit Boxmeer gekomen. Moeiteloos somt ze de voordelen van het nieuwe systeem op. Het actuele overzicht in claims en de mogelijkheid om digitaal te melden, springen er voor haar uit. Maar ook de gebruiksvriendelijkheid valt op. “Intuïtief weet je eigenlijk meteen hoe het werkt. En wat ik vooral zo makkelijk vind is dat je in de portal altijd allebei naar dezelfde gegevens kijkt. Dat overlegt vast een stuk prettiger aan de telefoon.”

Ook schadecontactpersoon en beheerder José Ettema van het **Zaans Medisch Centrum** is enthousiast. “Geen excelsheetjes meer maken en niet steeds hoeven nalopen wat de status van claims is. Dat levert veel tijdswinst op. Ik denk ook dat meldingen straks veel sneller zijn verwerkt.” Nicole Redding van **Orbis Medisch en Zorgconcern** uit Sittard ziet vooral voordeel in de activelaggetjes. “Meteten zien wanneer je iets moet doen, dat gaat de boel flink versnellen. Zodra de mogelijkheid komt om daarvoor een alert te ontvangen, zal ik me zeker aanmelden. Ik zie liever te veel informatie dan te weinig.”

Dashboard beter bekijken

Voor Lars Tiemessen, medewerker planning & control bij Rijnstate, is vooral het altijd actuele inzicht in de verwachte schadelast interessant “om te kunnen verrekenen met maatschappen en te zien hoe we het doen ten opzichte van vorig jaar.” Jos Pel is secretaris Raad van Bestuur van **Zuwe Hofpoort** in Woerden. Dat hij de contactpersonen kan aanwijzen die toegang krijgen tot mijnMediRisk.nl noemt Pel ‘ideaal’. Hij denkt aan de manager OK voor de audits en aan het bestuur medische staf voor het dashboard. “Ik verwacht veel van de nieuwe werkwijze. Als we nu een dashboard krijgen, laat ik dat

zien in het reguliere overleg, waar het soms andersneeuwt in de waan van de dag. Straks kunnen mensen op hun gemak de gegevens bekijken wanneer men wil. Ik denk dat zo’n dashboard dan veel intensiever wordt bekeken. ‘Hoe kan dat?’ zal de staf zich afvragen als cijfers uit de pas lopen. En dat is exact wat je met zo’n benchmark wilt bereiken.”

Dat leden mijnMediRisk.nl nu kunnen gebruiken, betekent niet dat de ontwikkeling is afgerond. “Op basis van de eerste ervaringen gaan we het platform in samenwerking met de leden verder ontwikkelen”, vertelt Theunis. “De eerste en grootste stap is gezet maar we zijn bijvoorbeeld ook al een optie aan het inbouwen om claimcorrespondentie toe te voegen. Dankzij deze digitale verbinding krijgen leden meer inzicht in de werkprocessen en kunnen we de gezamenlijke claimafhandeling naar een niveau hoger tillen.”

“Meteten zien wanneer er actie van je wordt verwacht, dat gaat de boel flink versnellen.”

Scrum methode

Projectleider Nieske Castelein: “Traditioneel ben je met het ontwikkelen van een project als mijnMediRisk.nl al snel twee jaar onderweg. Wij hebben voor een andere manier gekozen, de zogenaamde scrummethode. Waar andere methoden naar een einddoel werken en alle onderdelen pas vlak voor de finale deadline gereed zijn, werken we bij scrum met sprints van twee tot drie weken. Bij elke sprint stel je vooraf vast wat de teamleden gaan opleveren aan design, techniek en input. Groot voordeel is dat je direct kunt bijsturen en elke paar weken een onderdeel afrondt.” •

“Dit gaat gewoon de praktijk worden”

Pilot medicatie dubbelcheck blijkt een succes

De dubbelcheck bij het klaarmaken en toedienen van medicatie in de operatiekamer is in veel ziekenhuizen een lastig vraagstuk. Vaak staan anesthesiemedewerkers alleen, wie kan hun werk dan controleren? Het Deventer Ziekenhuis vond een oplossing in digitale ondersteuning. “Dit gaat gewoon praktijk worden.”

Tijdens de OK audits checkt MediRisk altijd of de medicatie dubbelcheck juist wordt uitgevoerd. Het gaat weliswaar niet vaak iets mis, maar als er iets mis gaat kan de schade ernstig zijn. Het Deventer Ziekenhuis verraste de auditoren van MediRisk met een goed werkbare oplossing, die ook voor andere ziekenhuizen en afdelingen interessant kan zijn.

Scannen voor toediening

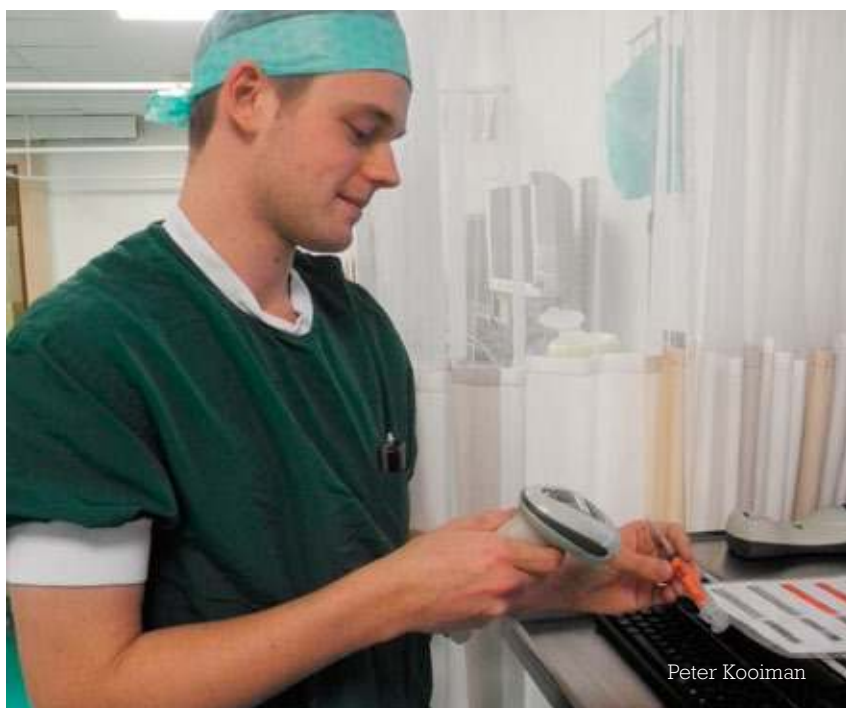
Peter Kooiman, anesthesiemedewerker

in opleiding en Kees Struik, anesthesieverpleegkundige en applicatiebeheerder in het **Deventer Ziekenhuis** lichten hun oplossing toe: “De anesthesiemedewerker in de OK is vaak alleen aan het werk. Dan is het lastig om een medicatie dubbelcheck uit te voeren. Er is geen collega met kennis van zaken en je kunt jezelf niet dubbel checken. Daarom zijn we gaan zoeken naar een oplossing in de vorm van digitale ondersteuning.” Kees Struik vult aan: “Tijdens de voorberei-

ding van de medicatie in bijvoorbeeld de apotheek, wordt een spuit voorzien van een barcode. Op het moment dat we in de OK de medicatie willen toedienen registreren we de naam en toe te dienen hoeveelheid in de computer. Deze verslaglegging gebeurt al langer. Nieuw is dat we in de software voor de verslaglegging een regel hebben toegevoegd, waardoor de computer op het moment dat de gegevens worden bevestigd, vraagt om het scannen van de barcode op de spuit. Is die correct? Dan kun je verder.”

Verpleegkundigen in de nachtdienst

Na een succesvolle pilot op de holding zal de scanner in 2014 ook op de operatiekamer worden ingezet. Kees Struik is ervan overtuigd dat de aanpak ook heel geschikt is voor verpleegkundigen in de nachtdienst. “Ook zij hebben niet altijd een collega in de buurt die kan dubbelchecken. De combinatie van een dubbelcheck én verslaglegging is naar mijn idee de meest ideale oplossing.” Peter Kooiman: “Door het gebruik van de scanner kan de medicatie direct zonder fouten worden geregistreerd en kunnen we door deze toepassing grote schades beter voorkomen.” ●



Peter Kooiman

Verkeerde longkwab verwijderd

Wel gecheckt, maar niet genoeg!

De 54-jarige Ingrid van Terneuzen (fictief persoon) heeft wel vaker longklachten. Maar als zij zich die dinsdag bij haar longarts meldt, heeft zij een knijpend gevoel op haar borst dat anders voelt dan anders. Haar arts neemt geen enkel risico en voert direct een longonderzoek uit. Op de foto's signaleert hij op de bovenste linkerlongkwab een tumor. Ingrid moet worden geopereerd. En daar gaat het mis.

Ingrid krijgt een kijkoperatie en daar is zij blij mee want van deze operatie zal zij naar alle waarschijnlijkheid minder last hebben dan van een klassieke ingreep en sneller herstellen. Op de dag van de operatie wordt op de holding een pre-time-out uitgevoerd in het bijzijn van de anesthesioloog en een assistent. Zij verifiëren samen met Ingrid onder meer haar identiteit, de plaats en zijde van de operatie en het soort operatie. Alles is in orde. Ook de chirurg komt nog even langs, deze trekt zich vervolgens in een zijkamer van de operatiekamer terug om alle gegevens en foto's nog een keer door te nemen.

Linkerkwab

Als Ingrid naar de OK is gebracht vindt de time-out plaats. Daarbij wordt onder meer de linkerlong genoemd als de plek waar de tumor moet worden verwijderd. Alles lijkt in orde en hoewel de CT-scan niet op het scherm in de OK staat start de chirurg met de operatie. Eenmaal in het lichaam verifieert hij of hij op de juiste plek zit. De verdikkingen die hij voelt, overtuigen hem ervan dat hij goed zit en hij start met verwijdering.

Dan ontstaat enige stress. Er treedt een bloeding op die veel aandacht vraagt. Het

team besluit de kijkoperatie te stoppen en de patiënt volgens de klassieke weg verder te opereren. De bloeding vraagt daarbij om snel handelen van de operateur en een extra controle van de kwab blijft daardoor achterwege. Na afloop wordt Ingrid naar de verkoeverkamer gebracht, de omloop vult ondertussen het aanvraagformulier voor de pathologie verder in. Dan ziet zij dat de chirurg in de gegevens in het digitale systeem spreekt over de linker onderkwab. Dat klopt niet! Direct spreekt zij de chirurg hier op aan. Het was toch de linker bovenkwab? De CT-scan wordt nog eens goed bekeken en


Pre-incisie time-out, nuttige laatste controle

Omdat ook na de time-out nog zaken mis kunnen gaan, vindt in steeds meer ziekenhuizen vlak voor de incisie nog een kort stopmoment plaats: de pre-incisie time-out. Het **Albert Schweitzer ziekenhuis** in Dordrecht ging daar als één van de eerste ziekenhuizen mee aan de slag. Ankie Koopman-Van Gemert, anesthesioloog, opleider en medisch manager van het Leerhuis, licht toe: "In een allereerste vorm vond de time-out plaats op het moment dat de patiënt al onder narcose was. Wij waren er



Ankie Koopman-Van Gemert

toen groot voorstander van die uit te voeren als de patiënt nog wakker was, om bijvoorbeeld persoonsverwisselingen te voorkomen. Maar ook na de verdoving kunnen zaken misgaan. Bij het afdekken van een patiënt kan de markering uit het zicht raken en bij het draaien van de patiënt op de buik wordt links plotseling rechts. Ook daar moet je alert op zijn. Om die reden is de pre-incisie time-out ingevoerd. Daarbij controleren we de te opereren zijde, de ligging van de patiënt en bespreken we de kritieke momenten in de operatie die bij de wakkere patiënt minder goed te bespreken zijn. Ook controleren we de werking van de instrumenten die dan worden ingeschakeld. Omdat de anesthesioloog op dat moment bij een andere patiënt kan zijn, worden de vragen gesteld door de anesthesiemedewerker. Dit was even wennen, maar het werkt goed. We hebben er toch enkele fouten door kunnen voorkomen. Dat is de moeite van het stopmoment zonder meer waard."



tot hun grote schrik constateren zij dat de chirurg de verkeerde kwab heeft verwijderd. Er volgt een heroperatie. Het resultaat is dat de tumor weliswaar netjes is verwijderd, maar ook is Ingrid een gezond gedeelte van haar long kwijtgeraakt, dat zij met haar longproblemen juist zo hard nodig heeft.

Waar ging het mis?

De chirurg heeft op enig moment een gedachtesprong gemaakt van de linker boven- naar de linker onderkwab. Wanneer de CT-scan op de operatiekamer zichtbaar was geweest, had hij de vergissing misschien tijdig gesignaleerd en hersteld. Maar het belangrijkste is dat tijdens de time-outprocedure alleen is gecontroleerd op de zijde van de ingreep en niet op de locatie. Daarmee is een links-rechtsverwisseling voorkomen, maar is er een boven-onder verwisseling doorheen geslopen.

Na analyse van de verwisseling heeft het ziekenhuis direct maatregelen getroffen. Zo is besloten dat relevant beeldmateriaal voor en tijdens de operatie visueel aanwezig moet zijn op de operatiekamer. Daarnaast is de time-outchecklist aan-

gepast waardoor niet alleen links of rechts wordt gecontroleerd, maar ook boven of onder.”

Meer aandacht, minder fouten

Onder een verwisseling verstaat MediRisk bijvoorbeeld verwisseling van patiënt, links/rechts verwisselingen, verkeerde ingreep, verkeerde plaats van opereren, verkeerd gebitselement, verwisseling van foto, etc. Deze doen zich dus niet alleen voor op de operatiekamer maar komen daar wel het meeste voor, vooral bij de specialismen algemene chirurgie, orthopedie en kaakchirurgie.

Gelukkig ziet MediRisk in de aangesloten ziekenhuizen het aantal verzoeken om financiële vergoeding (claims) over fouten door verwisselingen sterk teruglopen. In de periode 2009-2013 ontving MediRisk in totaal 104 claims door verwisseling. Mooi nieuws is dat dit aantal elk jaar daalt van gemiddeld 29 (2004-2008) naar gemiddeld 21 (2009-2013) claims per jaar. Dit is een daling van 38% terwijl de productie op de operatiekamers alleen maar toeneemt. •

De afname van het aantal verwisselingen is met name te danken aan een groeiend risicobewustzijn van alle zorgprofessionals en aan:

- de OK-vangnetten die vanaf 2008 verplicht zijn voor de leden van MediRisk;
- het invoeren van de Toezicht Operatief Proces (TOP 1,2,3), verplicht gesteld door de IGZ vanaf 1 juli 2009;
- de time-outprocedure zoals opgenomen in de richtlijn Het Peroperatief Traject, geïnitieerd door de NVA en de NVvH;
- de aandacht voor het thema verwisseling in het VMS Veiligheidsprogramma (2008-2012).



Time-outprocedure OK Maasstad Ziekenhuis Rotterdam

OK-audits:

Time-out is teamwork

De time-outprocedure is een cruciaal checkmoment vlak voor de start van een operatie. Wanneer die goed wordt uitgevoerd is de kans op fouten aanzienlijk kleiner. Vijf jaar geleden maakten slechts enkele ziekenhuizen gebruik van de time-out. Dat beeld is flink veranderd, zo blijkt uit een tussenrapportage van de audits op de operatiekamers die MediRisk bij haar leden uitvoert. Er is een geweldige slag gemaakt.

De OK-audit van MediRisk biedt ziekenhuizen inzicht in hoe de time-outprocedure in de praktijk wordt uitgevoerd, hoe de hygiëne op het OK complex is en of belangrijke risico's op bijvoorbeeld medicatiefouten voldoende beheerst worden. Het is een belangrijk checkmoment waarmee de veiligheid van de patiënt beter is gewaarborgd en de kans op fouten aanzienlijk kan worden beperkt. Mits de procedure volledig en juist wordt uitgevoerd. Ook de richtlijnen van de wetenschappelijke verenigingen voor Heelkunde en Anesthesiologie (Het Peroperatief Traject) en het toetsingskader van de IGZ (TOP) worden in de audit meegenomen.

Altijd en volledig

Inmiddels zijn de OK-audits in ruim dertig ziekenhuizen uitgevoerd. MediRisk is blij te constateren dat de time-out in al deze ziekenhuizen wordt toegepast en signaleert een groeiend

enthousiasme over de bijdrage van de procedure aan kwaliteit en veiligheid in de OK's. Helaas wordt de procedure nog niet overal uitgevoerd zoals het hoort. In sommige ziekenhuizen zijn niet alle teamleden bij het stopmoment aanwezig, bijvoorbeeld omdat OK-medewerkers buiten de operatiekamers in de opdekruimte het instrumentarium voorbereiden. Daarnaast wordt de procedure niet overal volledig uitgevoerd, bijvoorbeeld omdat men de ingreep te klein vindt in relatie tot de checklist. Belangrijk is dat men zich bewust is en blijft van de veiligheidsrisico's als onderdelen worden weggelaten. Dat zal MediRisk blijven benadrukken.

De OK-audits van MediRisk worden in mei 2014 afgerond. Dan is helder hoe de leden van MediRisk presteren op het gebied van veiligheid in de OK en kan ook worden bekeken hoe we samen kunnen bijdragen aan verdere verbeteringen.

Willem Hueting, Diaconessenhuis Leiden:

”Ambities en successen delen”

Willem Hueting werkt als chirurg in het **Diaconessenhuis** Leiden. Toen hij daar in 2010 startte, was zijn ambitie om een regionaal centrum neer te zetten voor laparoscopische antireflux chirurgie en colorectale chirurgie. De basis voor een goede invoering van de time-out procedure zit hem volgens Willem Hueting in het delen van ambities, open communicatie en inzicht in de resultaten: “Ik heb het team bij de bespreking van mijn ambities verteld me optimaal in te zetten voor kennisontwikkeling van teamleden, maar ook dat hun aandacht voor patiëntveiligheid onmisbaar is om onze

doelstellingen te halen. De time-out procedure is voor mij een must.”

“Toen duidelijk werd dat operaties door de procedure sneller, veiliger en beter verlopen omdat vergissingen vooraf worden hersteld in plaats van tijdens de operatie en we naam begonnen te maken in de regio, werd iedereen enthousiast.” Het team past de procedure inmiddels altijd en volledig toe. “De essentie van de time-out is dat de procedure het team helpt om te focussen. Op het werk, op de patiënt en op elkaar. Dat is belangrijk voor iedere ingreep, klein of complex.”



Kirsten Blaauwendraat, De Sionsberg, Dokkum:

“Soms moet je streng zijn.”

Kirsten Blaauwendraat werkt als chirurg gespecialiseerd in oncologie in ziekenhuis **De Sionsberg** in Dokkum. Daarnaast is zij medisch manager en verantwoordelijk voor de invoering van de time-out procedure. Daarbij merkte zij hoe een cultuur van invloed kan zijn op werkprocessen. “Een procedure als de time-out, waarin je als team op een gelijkwaardig niveau met elkaar overlegt en waarin ieder teamlid de verantwoordelijkheid draagt om het te melden als er iets niet klopt, sluit niet helemaal aan op de cultuur in het noorden van het land. Artsen worden nog vaak gezien als de persoon die

bepaalt wat er gebeurt. Medewerkers keken daarom aanvankelijk wat onwennig tegen de procedure aan: “Is dit nou echt nodig?” “Als chirurg moet je dan stoïcijns doorgaan en blijven wijzen op de noodzaak. Ik heb de operatie soms heel streng even moeten uitstellen omdat er iets niet klopte of onduidelijk was. Dat is vervelend, maar daarmee wordt wel duidelijk zichtbaar dat de procedure wel degelijk nut heeft. Dat heeft medewerkers enthousiast gemaakt. Inmiddels is de procedure in De Sionsberg helemaal omarmd.”



Jean Bart Jaquet, Maasstad Ziekenhuis Rotterdam:

“Geen automatisme maar gericht gesprek”

Jean Bart Jaquet is plastisch chirurg in het **Maasstad Ziekenhuis** in Rotterdam. Hij zet zijn OK-team, maar ook de patiënt letterlijk en figuurlijk dichtbij elkaar om de time-out goed en zorgvuldig te laten plaatsvinden. “Om ervoor te zorgen dat alles zo goed en veilig mogelijk verloopt, werk ik met een vast OK-team. Daardoor is een hecht team ontstaan, dat open met elkaar communiceert en weet hoe belangrijk ik de time-out vind. Een goede time-out mag geen automatisme zijn, maar een gericht gesprek waarbij we elkaar aankijken, alert luisteren en

bewust nadenken of alles echt klopt. Om die reden staat het team tijdens de time-out altijd dicht rond de patiënt, die ook lid is van het team, en zit ik zelf naast de patiënt op een stoel. Tijdens complexe operaties vul ik de time-out aan met vragen over de aanwezigheid van de specifieke apparatuur. Vlak voor de operatie, zet ik tijdens een pre-incisie time-out bovendien zelf nog een markering op de plek waar ik moet opereren en vraag ik of die klopt. De ingreep kan dan wel links zijn, maar een hand heeft vijf vingers. Alles om verwisseling te voorkomen.” •



Checklist Cauda helpt groot leed voorkomen

Caudasyndroom in kaart

Het caudasyndroom is een neurologische complicatie waarvan de gevolgen zeer ernstig kunnen zijn. Het is belangrijk de signalen ervan tijdig te herkennen om blijvende schade zoveel mogelijk te beperken. MediRisk ontwikkelde hiervoor cauda signaleringskaarten. Eén versie voor patiënten met informatie over het caudasyndroom en de verschijnselen en één versie voor zorgprofessionals met informatie over preventiemaatregelen.

Het caudasyndroom kan voorkomen bij herniapatiënten, maar ook als complicatie na een rugoperatie. Hierbij raken zenuwvortels in de onderrug bekneld met ernstige pijnklachten en soms zelfs verlamming in het onderlichaam tot gevolg. Jelle Barentsz, radioloog in het **Radboud Ziekenhuis**, weet uit eigen ervaring wat de gevolgen kunnen zijn van een caudasyndroom. Toen hij bijkwam van een rugoperatie (niet in zijn eigen ziekenhuis) had hij last van heftige zenuwpijn, neurologische uitval, verlies van blaascontrole, incontinentie van ontlasting en impotentie.

Patiënten informeren

"Ik heb pech gehad", stelt Jelle Barentsz. "Maar de ervaring heeft mij geleerd hoe belangrijk het is dat een arts zich kan verplaatsen in de patiënt en hem of haar zo goed mogelijk vooraf informeert over wat er mis kan gaan tijdens een operatie en wat de gevolgen kunnen zijn. Ik denk dat de kaarten van MediRisk voor patiënten daar goed bij kunnen helpen."



Helder en bondig

Naast de kaarten voor patiënten ontwikkelde MediRisk ook signaleringskaarten voor zorgprofessionals. Neuroloog en medisch manager van het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis, Edo Arnoldus, vroeg deze op om te bezien in hoeverre zij in het ziekenhuis kunnen worden gebruikt. Hij reageert: "De zorgprofessionals op de afdelingen Neurologie en Neurochirurgie zijn zeer alert op het syndroom en weten hoe zij moeten handelen. Maar het kan voorkomen dat herniapatiënten of patiënten na een rugoperatie op andere afdelingen liggen. Omdat het syndroom niet vaak voorkomt zijn medewerkers daar niet altijd goed bekend met de verschijnselen die erbij horen. De cauda signaleringskaart van MediRisk voor zorgprofessionals is helder en bondig geformuleerd en geeft snel inzicht in wat het syndroom is, waar je op moet letten en hoe je moet handelen."

Aanvragen?

Voor leden van MediRisk zijn de cauda signaleringskaarten in digitale en gedrukte vorm verkrijgbaar via info@medirisk.nl.

Patiënt krijgt inzage in medisch advies

MediRisk zet de toon voor gelijkwaardige werkwijze

Het digitale platform mijnMediClaim.nl en de patiëntenfilms waarin het claimproces stap-voor-stap in beeld is gebracht, waren in 2013 belangrijke stappen om patiënten beter inzicht te geven in het claimproces. Sinds 1 januari deelt MediRisk ook de medische adviezen die ze inwint bij de medisch adviseur om een claim deskundig te kunnen beoordelen.

Ebbo van Gelderen, algemeen directeur MediRisk, vertelt over het hoe en waarom van de nieuwe aanpak.

Wordt een claim ingediend, dan wint MediRisk medisch advies in om te achterhalen of verwijtbaar is gehandeld. Voorheen bleef dit advies anoniem en werd het advies verwoord door de schadebehandelaar van MediRisk. De maatschappelijke roep om meer transparantie wordt echter steeds groter. TROS Radar besteedde er in 2012 haar hele uitzending aan. Want wordt wel alle informatie prijsgegeven? Wie garandeert dat verzekeraars niet gaan 'shoppen' voor het best passende advies?

Meer begrip, meer snelheid

Ebbo van Gelderen: "Begrijpelijke vragen. Met instemming van onze leden kiezen wij er daarom voor om, als eerste medische aansprakelijkheidsverzekeraar, inzage in deze adviezen te

geven. Dat heeft vooral veel voordelen. We verwachten dat we eerder tot elkaar komen en dat we minder vaak een gezamenlijke derde adviseur hoeven in te schakelen - een traject dat soms wel twee jaar kan duren. Bovendien is zo sneller duidelijk waar het verschil van mening in zit en op basis van welke feiten in het medisch dossier geoordeeld wordt."

"We delen medische adviezen alleen op verzoek en op basis van wederkerigheid. Dus ook de belangenbehartiger van de patiënt zal het advies, dat hij heeft ingewonnen bij diens medisch adviseur met ons moeten delen. Wanneer alle partijen daartoe bereid zijn, verwacht ik dat patiënten eerder ons standpunt tegemoet zien en we claims voor iedereen sneller kunnen afronden." ●



Borging van kwaliteit begint bij de voordeur

...en is een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid



In de Nederlandse gezondheidszorg wordt steeds meer belang gehecht aan patiëntveiligheid en transparantie. Er is meer aandacht voor de borging van kwaliteit en mogelijke risico's worden eerder gesignaleerd. Een van die risico's is dat steeds meer maatschappen gaan fuseren of samenwerken en dat het werkveld van een specialist zich dus niet meer beperkt tot één ziekenhuis. In deze toenemende dynamiek is zorgvuldige screening van medisch specialisten van groot belang om als ziekenhuis de kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen. De Verklaring Claimhistorie medisch specialist van MediRisk biedt hierin uitkomst.

Referenties

Het eerste moment waarop de kwaliteit van medisch specialisten kan worden getoetst, is tijdens de toelatingsprocedure. Waar heeft de arts eerder gewerkt? Hoe heeft hij of zij daar gefunctioneerd? En, in dat verlengde, wat is de claimhistorie van de specialist? Voor een antwoord op deze vragen en ter ondersteuning van de positie van de medisch specialisten, ontwikkelde MediRisk de Verklaring Claimhistorie medisch specialist. Een initiatief dat aansluit bij een werkwijze die in het buitenland al heel gewoon is. Deze verklaring biedt niet alleen inzicht in claims maar is tegelijkertijd een ondersteunend document om het gesprek over de kwaliteit van zorg met elkaar aan te gaan.

Privacy gewaarborgd

Wanneer een ziekenhuis tijdens een toelatingsprocedure vraagt om een claimoverzicht en de medisch specialist daarin toestemt, kan de Verklaring Claimhistorie via een aanvraagformulier bij MediRisk worden aangevraagd. MediRisk stelt op basis van de gegevens uit haar database een overzicht op en stuurt deze naar het huisadres van de medisch specialist. Het is vervolgens aan de medisch specialist om te bepalen wie het overzicht ontvangt.

Wat staat er in de Verklaring Claimhistorie?

De Verklaring Claimhistorie geeft een overzicht van alle claims waarbij de medisch specialist betrokken is geweest en door de patiënt met naam is genoemd. Alleen afgehandelde claims maken deel uit van het overzicht.

De verklaring beschrijft voor iedere claim:

- het jaartal;
- de locatie of afdeling;
- de omschrijving van de casus;
- de uitkomst van de claimbehandeling (aansprakelijkheid erkend, afgewezen, minnelijke regeling getroffen);
- en of er een arts-assistent bij betrokken was.



“Je wil het beeld helder hebben”

“De kwaliteit van de zorg begint bij de medisch specialisten; hun werk is in grote mate bepalend voor de kwaliteit van de geboden zorg. Zij hebben een voorbeeldfunctie. Een ziekenhuis wil dus inzicht hebben in de kwaliteit van haar medisch specialisten. In het Amphia Ziekenhuis verzamelen wij daarvoor bijvoorbeeld alle gegevens uit onze registratiesystemen, als basis voor verbeteringen. Maar liever wil je al voor de toelating weten hoe een specialist presteert. Daarom is een zorgvuldige screening belangrijk. Natuurlijk, meestal is de reputatie van een arts wel bekend. Zo groot is die wereld niet. Maar je wil meer bronnen kunnen aanboren om het beeld helder te hebben. Het inzicht dat de Verklaring Claimhistorie biedt, helpt daarbij. Op de eerste plaats om te voorkomen dat we iemand binnenhalen die, om welke reden dan ook, eigenlijk niet in staat is om kwalitatief goede zorg te bieden. Maar ook omdat we op basis van deze gegevens in alle openheid met een medisch specialist kunnen praten over de achtergrond van claims waar hij of zij bij betrokken was en hoe eventuele fouten die daarbij zijn gemaakt in de toekomst kunnen worden voorkomen. Ongetwijfeld zullen artsen best even moeten wennen aan deze transparantie. Maar het is een onomkeerbare tendens die in mijn ogen zeker bijdraagt aan betere en veiliger zorg.”



Frank de Haan, manager Kenniskern/Bestuurlijke Zaken in het Amphia Ziekenhuis in Breda/Oosterhout



Patiëntenfilms

het klacht- en claimproces stap-voor-stap in beeld

Wel of niet een claim indienen, is vaak een moeilijke keuze. Want wanneer is iets eigenlijk een claim en welke uitkomsten zijn er mogelijk als een claim eenmaal is ingediend? Om patiënten meer inzicht te geven, maakte MediRisk van elke stap in het proces een korte film. Samen geven de acht films een compleet en duidelijk beeld van het klacht- en claimtraject.

De films zijn te zien op medirisk.nl. Stap voor stap wordt hier uitgelegd wat er komt kijken bij het indienen van een claim. Van het eerste gesprek met de zorgverlener tot het mogelijke besluit om een externe deskundige te vragen het dossier opnieuw te onderzoeken. En alle stappen daartussen: het indienen van de claim, het onderzoek en de erkenning of afwijzing van de claim. De complete film duurt negen minuten, maar iedere stap is ook afzonderlijk te bekijken. In minder dan twee minuten kan de patiënt zich laten informeren over elke nieuwe fase in het claimproces.

Wij adviseren u om de film te gebruiken in de voorlichting naar patiënten en deze link op uw website te zetten. De film is als geheel en in afzonderlijke stappen te zien op onze website via:

www.medirisk.nl/het-claimproces-stap-voor-stap-beeld



Inge Vermeulen

Klachtenfunctionarissen, die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van de films, omarmen het initiatief en gebruiken de films bij hun voorlichting aan patiënten. Inge Vermeulen, hoofd afdeling Cliëntenbelangen van het **Elkertiek ziekenhuis**: “De patiënt staat bij ons centraal en dat voeren we tot in de kleinste details door. Als het niet gaat zoals verwacht of fout gaat, dan is dat voor alle betrokkenen al vervelend genoeg. Open en eerlijke communicatie, zo mogelijk vlot tot stand gebracht, is ook hier essentieel om de behoefte en verwachtingen helder te krijgen. Daar kan de film van MediRisk aan bijdragen.”