Magazine voor leden
van MediRisk

Voorjaar 2019 | 15e jaargang

Alert

De risico's van het vak

Toegevoegde waarde

Leden delen ervaringen tijdens **Onderlinge Tafels**

Tuchtrechter Eva Deen over de impact van **een tuchtzaak** en de waarde van open contact met de patiënt

Diagnosefouten trekken zich niets aan van domeinen

MediRisk
samen alert op veiligheid

Inhoud

3 Voorwoord
Anders en nieuw

4 Interview
"Zorgverleners verdienen begeleiding bij *open disclosure*"

7 Onderlinge Tafel
Ontevreden patiënt? Klacht? Zoek contact!

8 Leren & Inspireren
Happy nurse, happy patient

11 Juridisch teamwork
Samen op zoek naar een onafhankelijk deskundige

12 Claimbehandeling
Het dashboard in beeld

14 Claimreconstructie
Tunnelvisie ligt altijd op de loer

16 Onderlinge Tafel
Data science in de praktijk

18 Innovatie
Zo doen wij het

20 Medisch risicomanagement
Gemiste geplande diagnoses

24 MediRisk
Hoe zit dat eigenlijk?

"Zorgverleners verdienen begeleiding bij *open disclosure*"
Een tuchtklacht komt vaak voort uit onmacht van de patiënt en heeft een immense impact op artsen. Tuchtrechter Eva Deen: "Zorg voor een goed en open contact met je patiënten. Daar is heel veel ellende mee te voorkomen".

Happy nurse, happy patient
Verpleegkundigen die hun werk met plezier en passie doen, bieden de beste zorg aan patiënten. Dat is de filosofie van het programma Excellente Zorg. In Tergooi zien ze dat het werkt. Als verpleegkundigen gaan stralen, heeft dat een positief effect op de patiënt.

Keuzehulp voor traumazorg
Ook bij spoedeisende zorg moeten patiënten zo snel mogelijk betrokken worden bij de behandelopties. Het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis ontwikkelt een online keuzetool die traumapatiënt en arts daarbij gaat helpen. Zorginstituut Nederland ondersteunt het project met 600.000 euro.

Diagnosefouten trekken zich niets aan van domeinen
Gemiste, te laat gestelde of onjuiste diagnoses hebben vaak grote gevolgen voor patiënten en claims kunnen leiden tot hoge kosten. Samen met haar leden wil MediRisk de risico's verder terugdringen. Verbetering kan komen uit betere communicatie over uitslagen tussen verschillende specialismen. Diagnosefouten trekken zich immers niets aan van domeinen.

Colofon
Alert is een uitgave van MediRisk over patiëntveiligheid en medische aansprakelijkheid. Het magazine wordt kosteloos verstrekt aan verzekerden en relaties van MediRisk.

MediRisk is een 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.

Redactie
Karlijn Leemhuis
Marianne Hekerman

Redactieadres
communicatie@medirisk.nl

Tekst
Nannet Alkema
Theone Joostensz

Ontwerp en opmaak
Canon Nederland N.V.

Druk
Canon Nederland B.V.

Oplage
7.500

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

www.medirisk.nl

MediRisk

Anders **en nieuw**

"Focus voor dit jaar: gemiste diagnoses"

'The only way to make sense out of change is to plunge into it, move with it, and join the dance', aldus de Engelse filosoof Alan Watts. Het veranderende zorglandschap nodigt ons steeds weer uit om anders te werken en samen met onze leden nieuwe producten te ontwikkelen. Een greep uit de plannen voor 2019.

Ketenaansprakelijkheid

Eerste- en tweedelijnszorg, intra- en extramuraal: we zien al jaren dat deze grenzen vervagen. Er ontstaan meer zorgketens en -netwerken. In 2018 kwamen we met veldpartijen tot een netwerkproduct voor ketenpartners in de geboortezorg, het 'Samen Veilig Verzekerd-pakket Geboortezorg'. Verloskundige Samenwerkingsverbanden kunnen zich als netwerk compleet en betaalbaar verzekeren voor medische aansprakelijkheid. Voor spoedeisende hulpafdelingen en huisartsenposten gaan we een soortgelijk netwerkproduct ontwikkelen.

Nieuwe doelgroepen

We gaan ons ook richten op nieuwe doelgroepen in de zorg, zoals ggz-instellingen en zelfstandige behandelcentra. We zien namelijk dat ook deze zorgaanbieders worstelen met de verzekerbaarheid van medische aansprakelijkheid. Met de kennis van deze partners werken we samen actief verder aan het voorkomen van claims.

Focus op diagnostiek

Met medisch risicomanagement richten we ons op het voorkomen van claims door in te zoomen op specifieke veiligheidsrisico's. Focus voor dit jaar: gemiste diagnoses. In het najaar van 2018 spraken we tijdens een Onderlinge Tafel al met medisch specialisten over het proces rondom geplande diagnostiek. In deze Alert meer over die focus.

Praktische vertaalslag

Samen met onze leden gaan we verder met de praktische toepassing van Safety-II, het veiligheidsdenken dat nadrukkelijk rekening houdt met de alledaagse praktijk. In navolging van de succesvolle pilots in 2018 bieden wij ook dit jaar diverse FRAM-trainingen aan. De zogeheten *Functional Resonance Analysis Method* maakt het verschil tussen protocol en praktijk haarscherp zichtbaar.

Kennis delen

Ook dit jaar organiseren we voor de leden Onderlinge Tafels rondom specifieke thema's. We startten met deze succesvolle bijeenkomsten in 2018. Meer hierover leest u in deze Alert.

Ebbo van Gelderen en Arnoud van Schaik
Directie MediRisk

Raad van Commissarissen MediRisk
drs. D. van Starkenburg RE
drs. J.H.D. van Hemsbergen MBA
dr. H.A. Keuzenkamp, lid Raad van Bestuur Westfriesgasthuis
prof. dr. C. Wagner, bijzonder hoogleraar Patiëntveiligheid en directeur bij het NIVEL

Bestuur MediRisk
mr. E.A. (Ebbo) van Gelderen, algemeen directeur
mr. A.R.T. (Arnoud) van Schaik 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. Meningen 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.

Heb je een onderwerp voor publicatie in de volgende Alert?
Laat het ons weten via communicatie@medirisk.nl

Eva Deen

Foto: Kim Horsnell

"Zorgverleners verdienen begeleiding bij *open disclosure*"

"Niet één keer heeft de arts aan mij gevraagd hoe het met me gaat. Hoe ik me voel. Nooit." Die woorden heeft tuchtrechter Eva Deen in al haar functies binnen het gezondheidsrecht al vaak van patiënten gehoord. "Dan zijn beide partijen vaak jarenlang bezig geweest voor ze bij de rechter komen, met stapels brieven over en weer. En als je dan aan het einde van de rit vraagt: 'Heeft de rechtszaak u gebracht wat u zocht?' blijkt dat dát voor de patiënt nou net de kern van de zaak was. Er is nog zoveel winst te behalen in het contact tussen patiënt en arts."

"Er is nog zoveel winst te behalen in het contact tussen patiënt en arts"

Voordat Eva Deen zorgverleners ging trainen, was ze jarenlang actief in andere functies in het gezondheidsrecht. Onder andere als letselschadeadvocaat, bij het bemiddelingsloket van De Letselschade Raad, en nu onder meer als rechter-plaatsvervanger en tuchtrechter. In die jaren zag ze hoe groot de impact is van medische incidenten op alle betrokkenen. Niet alleen op de getroffenen, de 'first victims', maar ook op de zorgverleners, de zogeheten 'second victims'. Tijdens een sabbatical vroeg ze zich af: 'wat ga ik doen?'. "Schaapsherder leek me wel wat", grapt ze, "maar ik dacht: 'nee, er is nog zoveel winst te behalen in het contact tussen patiënt en arts na een incident, dáár wil ik iets mee doen." Sinds die tijd traint en coacht ze artsen in het geven van openheid na incidenten.

Als je zelf het slechte nieuws bent

Cruciaal in openheid is de eerste reactie na een incident. "Dat is voor artsen meteen ook het allermoeilijkste moment, omdat er allerlei gevoelens door elkaar spelen: schaamte, schuldgevoel, onzekerheid, boosheid op zichzelf, angst voor de consequenties. Een ingewikkelde paradox: de impact op de arts is groot, waardoor openheid lastig is. Maar juist openheid leidt tot minder klachten, claims, recht- en tuchtzaken."
Zo'n eerste-opvang-gesprek is geen 'gewoon' slechtnieuwsgesprek, zegt Deen. "Ben je zelf het slechte nieuws, dan sta je er heel anders in dan als je alleen de boodschapper bent.
Bovendien: de patiënt staat op scherp, want hem of haar is onverwacht iets naars overkomen. Als je als arts dan niet deelt wat je voelt of denkt en er ogenschijnlijk onbewogen bij zit, kan dat op de patiënt overkomen als arrogant of ongeïnteresseerd. Het is moeilijk om te zien of iemand zich hautain gedraagt of zit te rillen van angst en zijn best doet om dat te verbergen. Dus je kunt maar beter vertellen dat het je niet koud laat wat er gebeurd is."

Meer kennis en training

Diepgewortelde angst en een kennisachterstand staan *open disclosure* echt in de weg, zegt Deen. "Bij trainingen stuit ik vaak op lacunes in de kennis van artsen: wat mag je nou wel en niet zeggen? Mag je een fout erkennen (ja, je mag sorry zeggen!)? Ondanks alle aandacht die er de afgelopen jaren voor is, is dat op de werkvloer kennelijk nog onvoldoende bekend." Ook over de juridische wegen is bij artsen onduidelijkheid: wat is nou het verschil tussen een tuchtzaak, een strafrechtelijke zaak en een Wkkgz-klacht?
Kennis geeft rust, stelt Deen. "Daar hebben zorgverleners natuurlijk zelf een verantwoordelijkheid in. En ik vind dat hier in de opleiding voor artsen meer aandacht voor moet komen. Maar verder hebben werkgevers een belangrijke rol. Train je medewerkers in deze gesprekken, is mijn advies. Wijd regelmatig bijeenkomsten aan openheid rond incidenten. En maak informatie over 'wat te doen bij een incident' direct en makkelijk beschikbaar. Bijvoorbeeld op intranet. Met een grote, knalrode knop die je in één oogopslag ziet. Plus: besteed alle aandacht aan een open cultuur. Want als je je gesteund voelt door je collega's en werkgever, dan is open zijn een stuk makkelijker."
Ook voor haarzelf en haar collega's ziet Deen een rol weggelegd om het kennisniveau te verhogen. "Het doel van het tuchtrecht is nog onvoldoende bekend, merk ik. We zijn er niet om te straffen, maar om te toetsen. Kwaliteitsbewaking en bijdragen aan kwaliteitsbevordering, dát is onze taak."

Doodeng en bestraffend

Artsen ervaren een tuchtzaak als voor de strafrechter staan. Opvallend veel zorgverleners overwegen om bij een tuchtzaak te stoppen met hun vak, óók als de tuchtklacht ongegrond wordt verklaard. Deen: "Veel zorgverleners ervaren een klacht als enorm kwetsend en hebben het gevoel dat ze voor een groot zwart gat staan. 'Je kunt zomaar uit het niets een berisping krijgen', hoor ik wel eens. Doodeng en bestraffend vinden ze het. Dat vind ik echt pijnlijk. Dat is namelijk niet ons doel en het is volgens mij ook zeker niet wat er bij de tuchtrechter gebeurt."
Naast kennis kan ook een goede voorbereiding helpen, denkt Deen. "Tijdens trainingen vertel ik vaak hoe een tuchtzitting werkt. Dat een tuchtcollege vaak in het gebouw van de rechtbank zit. Dat je door poortjes naar binnen moet en gefouilleerd kan worden en dat dat voor sommigen voelt alsof ze behandeld worden als een crimineel. Dat er een tuchtcollege tegenover je komt te zitten, zes man sterk. Het is best goed om dat te visualiseren, zodat het je op het moment zelf niet overvalt."

Eva Deen is, naast tuchtrechter en rechter-plaatsvervanger, zelfstandig juridisch adviseur gespecialiseerd in het gezondheidsrecht. Zij traint zorgverleners in het geven van openheid na medische incidenten en geeft onderwijs en lezingen over het medisch tuchtrecht en andere (gezondheidsrechtelijke) onderwerpen aan medici, bestuurders van zorginstellingen en juristen. Daarnaast treedt zij op als spreker en dagvoorzitter op congressen en rondetafelbijeenkomsten en als interimjurist voor instellingen.
(deengezondheidsrecht.nl)

> ''Kennisachterstand en angst staan *open disclosure* in de weg''

Foto: Kim Horsnell

Eén klein knikje

Menselijk blijven is ook voor tuchtrechters een aandachtspunt, zegt Deen. "Laatst kwam er tijdens een congres een arts naar me toe. Ze zei: 'ik ben een paar maanden geleden door u berispt, maar ik heb me toch gezien gevoeld en uw vriendelijke knikje stelde me een beetje op mijn gemak.' Dat vond ik ontroerend. Dat één klein, kort knikje al zoveel kan uitmaken. Als tuchtrechters moeten we ons daar zeker bewust van zijn. Ook al zit daar wel een spanningsveld: klagers hebben soms de indruk dat zorgverleners niet genoeg worden ondervraagd of minder streng dan ze verwachtten. Tegelijk willen wij ook de arts ruimte bieden om zijn kant van het verhaal te laten horen en helder te maken wat zijn overwegingen waren. Die balans, daar hebben we het als tuchtrechters onderling veel over. En we spreken elkaar er ook op aan als we vinden dat een zitting anders had gemoeten. Bijvoorbeeld als de toon van de vragen onnodig streng was of als er te lang werd doorgevraagd. De zitting is bedoeld om informatie boven tafel te krijgen, niet om iemand de les te lezen."

Immense impact

Geen enkele andere beroepsgroep lijkt zo geraakt door een tuchtzaak als artsen, zegt Deen. "Advocaten vinden het natuurlijk ook heel vervelend als ze zelf met een tuchtzaak te maken krijgen, maar de impact op artsen is immens. Ik vraag wel eens hoe dat kan. 'Wij vinden dat we niet mogen falen', zeggen artsen dan. Dat principe is voor patiënten vanzelfsprekend geweldig, want je wil natuurlijk helemaal niet weten dat je arts ook maar een mens is. Je legt immers letterlijk en figuurlijk je leven in zijn handen en wil het liefst geloven dat hij een halfgod is die alles beter maakt. Maar als er iets fout gaat, dan slaat dat om. Dan wil je als patiënt juist wél de menselijke kant van je arts zien. Dan wil je zien dat het hem raakt en dat hij het erg voor je vindt. Ook weer zo'n bijzondere paradox waar je bij stil moet staan."
"Op een bepaalde manier moet je je als arts een beetje afsluiten, want anders kun je je werk niet goed doen. Maar het moet niet te ver gaan, je moet nog wel bij je emoties kunnen. De knop die je omzet tijdens je werk, moet je ook weer terug kunnen zetten. Voor patiënten is het heel belangrijk dat je helder bent over wat er is gebeurd. En is er iets fout gegaan, dan moet je dat erkennen. Neem je verantwoordelijkheid, laat zien dat je geraakt bent en maak je excuses. Voor patiënten is dit zó belangrijk."

Goed contact helpt

Een tuchtklacht komt vaak voort uit onmacht van de patiënt. Soms zelfs als een vorm van rouwverwerking. Mijn belangrijkste advies is eigenlijk om te zorgen voor een goed en open contact met je patiënten. Heb je het gevoel dat er iets niet helemaal duidelijk is of voel je aan dat er een klacht of tuchtzaak kan ontstaan, nodig de patiënt dan nog een keer uit voor een gesprek. Een enkel gesprek is vaak niet genoeg, als er echt iets fout is gegaan zal het in etappes moeten. Ik zeg niet dat alle klachten, tuchtzaken en claims te voorkomen zijn, maar er is voor patiënt én zorgverlener wel heel veel ellende te voorkomen met goede gesprekken. Daar verdienen zorgverleners begeleiding in, juist omdat ze zo enorm betrokken zijn."
"Positief is: omgaan met incidenten en calamiteiten is te leren. Ik hoor ook mooie verhalen van artsen nadat ze die lastige gesprekken hebben gevoerd. Soms zelfs als het om een overleden patiënt gaat. Dat familie dan tegen de arts zegt: 'we vinden het afschuwelijk dat onze vader overleden is, maar we dragen het jou niet na.'"

'Eerste hulp bij medische tuchtzaken'

In Huisarts en Wetenschap verscheen het artikel 'Eerste hulp bij medische tuchtzaken' van Esther Pans:
www.henw.org/artikelen/eerste-hulp-bij-medische-tuchtzaken

Ontevreden patiënt? Klacht?

Zoek contact!

Bijna altijd hebben klachten en claims van patiënten te maken met de communicatie tussen zorgverlener en patiënt. Het gevoel niet gehoord te worden blijkt voor patiënten soms al aanleiding te zijn om een klacht of claim in te dienen. Tijdens de Onderlinge Tafel Klacht- en claimopvang eind vorig jaar voor klachtenfunctionarissen werd uitgebreid stilgestaan bij hoe je klachten en claims kunt voorkomen. Het belangrijkste advies aan artsen en andere zorgverleners: zoek persoonlijk contact met een patiënt als blijkt dat hij of zij ontevreden is of een klacht heeft ingediend. Uiteraard kan de klachtenfunctionaris hierin ook een rol spelen.

Tips van klachtenfunctionarissen die je zó kunt overnemen:

1

Heb je als zorgprofessional een slecht gevoel over een behandeling of een ander patiëntcontact, vraag de klachtenfunctionaris dan om advies. Uit de praktijk blijkt dat je zo veel 'afvangt' en escalatie voorkomt. Op deze manier werd de klachtenfunctionaris van het Maasstad Ziekenhuis de afgelopen jaren steeds meer een sparringpartner voor de zorgprofessionals.

2

Persoonlijk contact is de beste manier om een patiënt het gevoel te geven gehoord te worden. De klachtenfunctionaris van Rijnstate gaat daarom zo nodig bij patiënten op huisbezoek als zij niet naar het ziekenhuis toe kunnen of willen komen.

3

Organiseer zo nu en dan een spreekuur voor patiënten die een klacht of claim hebben lopen tegen het ziekenhuis. Desgewenst is de schadebehandelaar van MediRisk daarbij aanwezig.

4

Gelukkig worden er maar heel weinig echte fouten gemaakt. Toch gaat er soms iets mis. Dan is het goed als arts te weten wat je wel of niet mag doen. Zo mag je dus gewoon 'sorry' zeggen. Sommige ziekenhuizen vragen een jurist van MediRisk om een toelichting te komen geven over de do's en don'ts van medische aansprakelijkheid in bijvoorbeeld het stafoverleg.

5

Organiseer een bijeenkomst voor collega's over claims: hoeveel claims lopen er bij ons, hoe worden deze behandeld en wat kunnen we ervan leren?

6

Soms hebben mensen een klacht ingediend, maar kan een persoonlijk gesprek toch nog veel kou uit de lucht halen. Zaans Medisch Centrum heeft daarom een alinea toegevoegd aan de ontvangstbevestiging van klachten en biedt de patiënt aan alsnog een gesprek te hebben met het ziekenhuis.

Op maandag 13 mei vindt een bijeenkomst partnership Klacht en claim plaats bij MediRisk in Utrecht. Klachtenfunctionarissen en schadecontactpersonen ontvangen binnenkort een uitnodiging. Er is een besloten platform waarop klachtenfunctionarissen ervaringen en tips uitwisselen met collega's van andere ziekenhuizen. Interesse? Mail dan naar info@medirisk.nl.

Er valt altijd iets te leren. Elke dag, overal. Op de werkvloer, bijvoorbeeld door mee te kijken met experts en hen het hemd van 't lijf te vragen. Of gewoon vanuit je luie stoel, dankzij nieuwe technieken als 3D-video's en vernuftige e-learnings. Een greep uit het brede aanbod en inspiratie om te blijven leren en verbeteren.

Happy nurse, **happy patient**

Verpleegkundigen die hun werk met plezier en passie doen, in een gezonde werkomgeving, bieden de beste zorg aan patiënten. Dat is de filosofie van het programma Excellente Zorg. In Tergooi zien ze dat het werkt: 'A happy nurse is a happy patient.'

"Excellente Zorg gaat om empowerment van de verpleegkundige", zegt Janet Bloemhof, adviseur verpleegkunde en secretaris Verpleegkundige Raad bij Tergooi. "Wij willen een ziekenhuis zijn waar verpleegkundigen echt invloed hebben op hun werkomgeving, de organisatie en de patiëntenzorg. Zodat we verpleegkundigen kunnen versterken in hun vak en faciliteren om goede zorg te verlenen."

Klinisch redeneren

Een nulmeting maakte inzichtelijk wat volgens de verpleegkundigen beter kan. Vervolgens werd aan de teams gevraagd waar ze als eerste mee aan de slag wilden. "In het kader van beroepsontwikkeling hebben verpleegkundigen bijvoorbeeld zelf een leerlijn klinisch redeneren ontwikkeld, waarbij ze elkaar lesgeven en toetsen", vertelt Jeannette Knol, programmamanager van het programma Excellente Zorg bij Tergooi. "Datzelfde gebeurt nu voor de leerlijn evidence-based practice."

Stralen

Bloemhof: "Verpleegkundig leiderschap is binnen Excellente Zorg een belangrijk aspect: hoe meet je als verpleegkundige zelf de kwaliteit van je zorg? Want uiteindelijk doen we het allemaal voor goede patiëntenzorg." Knol: "Als verpleegkundigen zich gehoord voelen en met passie hun vak kunnen doen, dan gaan ze stralen, en de patiënt ook."

Janet Bloemhof en Jeannette Knol

Foutenfestival **voor Jonge Dokters**

Niemand maakt graag fouten en zeker zorgverleners niet. Laat staan dat je er samen eens even fijn over gaat praten. Toch gebeurde dat eind vorig jaar tijdens het Foutenfestival in Amsterdam van vereniging De Jonge Dokter.

Het is de nachtmerrie van elke arts: een aandoening over het hoofd zien, waardoor de patiënt op de intensive care belandt. Of een ernstige situatie verkeerd inschatten. "Dat het gebeurt, is voor alle betrokkenen al vreselijk genoeg. Dat er niet openlijk over gepraat kan worden, maakt het soms nog erger. Jonge dokters hebben hier juist behoefte aan. Zij willen zich kwets-

baar opstellen en ook van hun superiors horen hoe die omgaan met fouten", weet Mia Wessels, één van de oprichters van De Jonge Dokter.

Verbroedering

"Een ervaren medisch specialist sprak tijdens plenaire sessies openlijk over zijn fout. Ook was er een over-de-streep-sessie en konden jonge dokters in kleinere sessies leren praten over fouten, ze aan elkaar opbiechten of anoniem op post-its schrijven", aldus Wessels. Het Foutenfestival zorgde voor herkenning en verbroedering: "Het werd heel erg gewaardeerd door de aanwezigen. We hopen dat we er een jaarlijks terugkerend evenement van kunnen maken."

Een stem voor jonge artsen

De Jonge Dokter is een organisatie van en voor jonge artsen die hun geneeskundestudie hebben afgerond, maar nog niet aan een vervolgopleiding zijn begonnen. Samen met Wouter van Dijk nam Mia Wessels het initiatief tot deze vereniging, om een stem te geven aan de grote groep jonge artsen die aan het begin van hun carrière staan. En om hen te ondersteunen bij hun professionele en persoonlijke ontwikkeling. De Jonge Dokter organiseerde het Foutenfestival om te pleiten voor meer openheid en transparantie binnen de beroepsgroep.

Innovatieve ideeën **voor meer werkgeluk**

Hoe vergroot je het werkgeluk van medewerkers? Hoe vergroot je hun empowerment? Hoe zorg je voor een prettiger omgeving voor patiënten en cliënten? Door medewerkers uit te nodigen om actief met verbeterideeën te komen, zeggen ze bij de St. Anna Zorggroep. Het Sparkle Innovatieplatform biedt ruimte en ondersteuning voor deze initiatieven.

Een beweegroute door het hele ziekenhuis, speciaal voor mensen die voor langere tijd op een verpleegafdeling verblijven. Fietsen met waterdichte tassen om heen en weer te pendelen tussen de verschillende locaties. Het zijn zomaar een paar ideeën van medewerkers van de St. Anna Zorggroep die werkelijkheid zijn geworden.

Ogen en oren

"Medewerkers zijn de oren en ogen van een organisatie", zegt Daniëlle van Vuuren, marketingcommunicatieadviseur bij de St. Anna Zorggroep en kwartiermaker van het Sparkle Innovatieplatform. "Ze hebben contact met patiënten en cliënten, weten wat er leeft en hebben vaak goede ideeën. Wij zetten die ideeën en initiatieven in de spotlight door er aandacht aan te besteden in onze interne media. De Sparklers, een groep enthousiaste medewerkers, helpen desgewenst bij de realisatie. Als het nodig is, is er ook budget beschikbaar."

Uiteindelijk moet het Sparkle Innovatieplatform opgaan in de organisatie, zegt Van Vuuren: "We willen ervoor zorgen dat zoveel mogelijk medewerkers meedenken om de organisatie beter te maken. Het moet normaal worden om de ruimte daarvoor te voelen én te pakken."

Sparkle Innovatieplatform

Vervolg van pagina 9

"Als we kennis breed delen, **worden we daar allemaalbetervan"**

Achtentwintig regionale Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ) starten dit jaar met een gezamenlijke calamiteitenanalyse. "Vol enthousiasme grijpen we deze kans aan om heel veel van elkaar te leren", zegt Christiaan de Groot, traumachirurg bij het Elkerliek Ziekenhuis en voorzitter van de SAZ Calamiteitencommissie.

"Hoe gaan collega-ziekenhuizen om met calamiteiten en wat leren ze daarvan? En hoe kunnen we al die intelligentie en inzichten bundelen om daar samen beter van te worden? Deze vragen waren aanleiding voor de gezamenlijke calamiteitenanalyse waarmee we dit jaar zijn gestart", legt De Groot uit.

Awareness

De SAZ-ziekenhuizen delen hun calamiteiten vanaf nu elk kwartaal met elkaar. Een commissie classificeert en analyseert de informatie vervolgens en rapporteert de belangrijkste uitkomsten aan de 28 ziekenhuizen. Uiteraard houden ze zich daarbij aan de regels rondom informatieveiligheid, privacy en de juridische voorwaarden. De Groot: "Doel is om awareness te vergroten en om meer kennis te krijgen over problemen en oplossingen. Als we dat breed delen, worden we daar allemaal beter van."

Deskundigenpool

Er is ook een pool van experts die kunnen worden ingezet. "Soms heb je te maken met calamiteiten waarbij je een onafhankelijke mening wilt", zegt De Groot. "Als een operatie anders verloopt dan verwacht bijvoorbeeld. Is die operatie wel volgens de regelen der kunst verricht? Is de zorg voor de patiënt goed voortgezet op de afdeling? We denken dat het door zo'n pool laagdrempeliger wordt voor ziekenhuizen om deskundigheid van buiten te vragen."

Christiaan de Groot

Juridisch teamwork

Vanaf de claim tot en met de uitspraak van de rechter: de advocaten van MediRisk staan leden dagelijks bij met juridische raad en daad. Deze keer aan het woord: Marlous van Gool en Joekie van Gogh.

Samen op zoek naar een onafhankelijk deskundige

Een gang naar de rechter is lang niet altijd nodig bij een medisch verschil van inzicht. Vaak komen partijen er uit door sámen een deskundigenonderzoek aan te vragen. Wat is dat en hoe werkt het?

Tijdens het voetballen komt David de Roode verkeerd terecht op zijn linkerbeen. Omdat hij veel pijn heeft aan zijn enkel, gaat hij naar de spoedeisende hulp van het ziekenhuis. De SEH-arts doet lichamelijk onderzoek en laat een röntgenfoto maken. De betrokken artsen constateren geen breuk en stellen de diagnose 'distorsie enkel': enkelverstuiking. De Roode houdt pijn en besluit de volgende dag naar een ander ziekenhuis te gaan. Op de röntgenfoto en CT-scan die daar worden gemaakt, zijn twee breuken in de enkel te zien. De Roode wordt vervolgens geopereerd. Hij stelt het ziekenhuis aansprakelijk voor een gemiste enkelbreuk.*

Direct naar de rechter

MediRisk-advocaat Marlous van Gool: "Volgens De Roode had het ziekenhuis medisch onzorgvuldig gehandeld, omdat er in zijn ogen geen behoorlijk lichamelijk onderzoek had plaatsgevonden en de diagnose 'breuk in de enkel' werd gemist. Hij is daarop naar de rechter gestapt met het verzoek om een deskundige te laten oordelen of de arts medisch onzorgvuldig heeft gehandeld bij het lichamelijk onderzoek."

Marlous van Gool en Joekie van Gogh

Samen aanvragen

Collega Joekie van Gogh: "In deze zaak stapt de man dus direct naar de rechter. Vaak hoeft dat niet. We proberen zoveel mogelijk buiten de rechter om te regelen en zien procederen als een uiterst middel." MediRisk werkt volgens de Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA). Eén van de GOMA-aanbevelingen is om bij een verschil van inzicht op medisch gebied gezamenlijk een deskundigenonderzoek aan te vragen. "Dat betekent concreet dat beide partijen in overleg tot een heldere vraagstelling komen en die aan een onafhankelijk deskundige voorleggen", aldus Van Gool.

In de praktijk gaat het dan als volgt: Het ziekenhuis stuurt de aansprakelijkstelling door naar MediRisk. MediRisk zal vervolgens, op basis van adviezen van haar medisch adviseurs, erkennen of afwijzen. Wijst MediRisk af, dan komt het geregeld voor dat de patiënt het daar niet mee eens is en een reactie stuurt. Bij een blijvend verschil van inzicht op medisch gebied kunnen partijen in gezamenlijk overleg een deskundigenonderzoek opstarten. Op basis van beide standpunten wordt dan een casus geformuleerd, gevolgd door een vraagstelling aan de deskundige. Van Gool: "Het is belangrijk dat beide partijen het eens zijn over die vraagstelling. Ze zijn namelijk in principe gebonden aan de uitslag van het deskundigenonderzoek. Dat vergt dus grote zorgvuldigheid."

Gedeelde kosten

Van Gogh: "De kosten van dit deskundigenonderzoek, meestal tussen de twee- en drieduizend euro, worden verdeeld over de twee partijen. Als MediRisk op basis van het deskundigenrapport aansprakelijkheid erkent, dan betaalt MediRisk deze kosten." Als uit het onderzoek blijkt dat er onzorgvuldig is gehandeld, dan wordt de deskundige gevraagd naar de gevolgen van dat onzorgvuldig handelen. Hij brengt deze gevolgen in kaart door de situatie te vergelijken met de hypothetische situatie waarin de medische handeling volgens het boekje verloopt. Aan de hand hiervan kunnen partijen de schade in kaart gaan brengen. Soms lukt het niet om in gezamenlijk overleg een deskundigenonderzoek te starten. Van Gool: "Het kan zijn dat de uitgangspunten van partijen te ver uit elkaar liggen. Bijvoorbeeld als ze het niet eens kunnen worden over de expertise of de persoon van de deskundige. Of over de casusomschrijving of de vraagstelling, die naar onze mening soms te sturend is."

Normatief of feitelijk

Bij het opstellen van de vraagstelling zijn twee stromingen: de normatieve en de feitelijke. Een feitelijke vraag is bijvoorbeeld: 'Welke protocollen gelden er bij dit soort letsel en zijn deze protocollen opgevolgd?' Een normatieve vraag kan zijn: 'Is er naar de mening van de deskundige gehandeld zoals van een redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot onder de gegeven omstandigheden verwacht mocht worden?'.
Van Gool: "Bij een feitelijke vraag wordt niet gevraagd of er onzorgvuldig is gehandeld. In onze ervaring leidt het stellen van alleen feitelijke vragen tot een multi-interpretabel rapport, waarover veel discussie kan ontstaan en overeenstemming vaak uitblijft. Daarom zien wij de normatieve vraagstelling als standaard."

Deskundigenbericht in rechte

Komen beide partijen er samen echt niet uit, dan komt de rechter er aan te pas. Ook dan wordt er een deskundige ingeschakeld, maar nu door de rechter. In die situatie heet het deskundigenonderzoek 'deskundigenbericht in rechte'. Deze deskundige geeft vervolgens een oordeel over de punten waarop partijen vastlopen.

In de casus van David de Roode is eenzijdig bij de rechter om een deskundige verzocht. Van Gool: "Het nadeel hiervan is dat het bij de rechter vaak lang duurt en dat onzeker is voor welke deskundige en vraagstelling er wordt gekozen. Daarnaast komen de kosten van het deskundigenbericht dan voor rekening van de verzoeker. De patiënt dus. Daarom proberen wij het deskundigenonderzoek altijd alsnog buiten rechte te laten plaatsvinden. Dat is niet alleen een stuk minder belastend voor de patiënt en het ziekenhuis, maar het kost ook minder tijd en de relatie met de patiënt blijft beter."

**Deze naam is gefingeerd.*

MediRisk dashboard: **een schat**

Vaak is een sterke afwijking toe te schrijven aan een enkele claim met een uitzonderlijk hoge vergoeding

Het is mogelijk dit hele overzicht met een knop per vakgroep zichtbaar te maken

Zie hier in een oogopslag hoeveel claims uw ziekenhuis heeft

Het dashboard geeft een individueel *realtime* overzicht van onder andere claims, vergoedingen en vergelijkingen per specialisme. Het beveiligde online platform is 24/7 beschikbaar voor leden van MediRisk via mijnmedirisk.nl.

Het dashboard van uw ziekenhuis is te vinden op **mijnmedirisk.nl**. Elk ziekenhuis heeft een eigen beheerder die toegang kan verlenen. Wilt u weten wie uw beheerder is of heeft u andere vragen, mailt u dan naar polis@medirisk.nl.

Vergelijk de huidige betaalde bedragen met het eigen behoud

Inzicht in het totale bedrag betaald, gereserveerd en nog openstaand in de dossiers

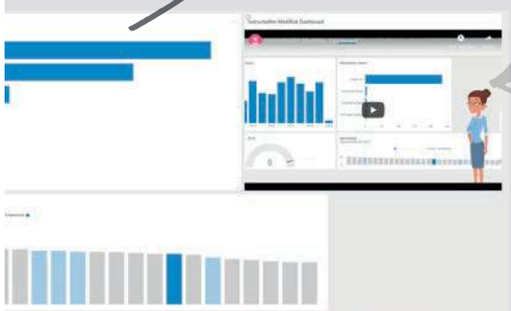
MediRisk

t aan risico-informatie

Kenmerken claims

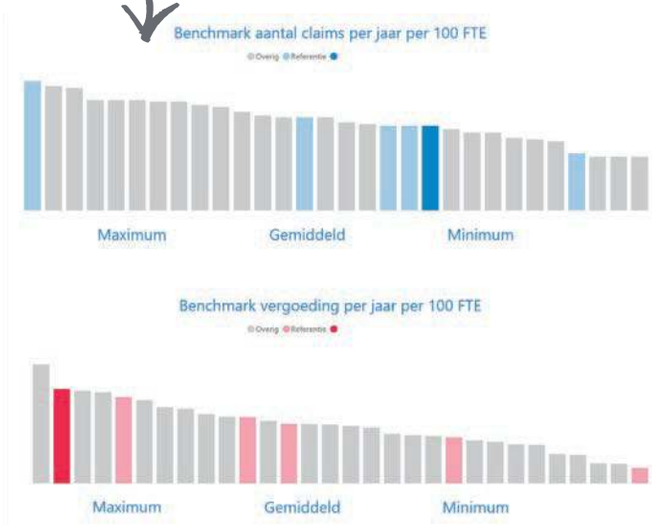
De claims uitgesplitst naar onderdeel van het zorgproces

Benieuwd naar het aantal claims per incidentjaar? Met één druk op de knop veranderen de gegevens



Het interactieve filmpje geeft een handige toelichting op gebruik van het dashboard

Benchmark



Alle cijfers zijn verdisconteerd naar 100 fte medisch specialist per jaar

De periode gebruikt voor het aantal claims loopt van meldjaar 2014 t/m 2018

De relatieve positie van het ziekenhuis ten opzichte van de referentiegroep en alle andere ziekenhuizen

Tunnelvisie ligt altijd **op de loer**

Bij hevig vaginaal bloedverlies denk je al snel aan een gynaecologische klacht. En zit die gedachte eenmaal in je hoofd, dan kom je daar maar moeilijk van los. Zeker als snelheid geboden is. De benauwdheid van de patiënt in deze casus werd daardoor niet voldoende onderkend, noch onderzocht.

Het is zaterdag, vroeg in de avond. Veronique van Veen* voelt zich al een week benauwd en het wordt steeds erger. Ook heeft ze hevig vaginaal bloedverlies. Ze belt de huisartsenpost, die haar doorverwijst naar de spoedeisende hulp in het ziekenhuis voor een beoordeling door de internist.

De arts-assistent interne geneeskunde krijgt een telefonische overdracht van de huisarts: "Toenemend vaginaal bloedverlies en sinds een week dyspneu, ik denk aan een anemie". De huisarts schrijft ook een verwijsbrief aan de spoedeisende hulp. Daarin vermeldt hij dat, naast het vloeien, de benauwdheid al een week aanwezig is, met druk op de borst en uitstraling naar de arm.

Verwijsbrief

De verwijsbrief bereikt de arts-assistent echter niet. Hij onderzoekt Veronique op de spoedeisende hulp en bespreekt het bloedverlies met zijn superviserend internist. In samenspraak met zijn supervisor besluit hij om te overleggen met de gynaecoloog.
Met de gynaecoloog bespreekt de arts-assistent het vloeien. Terloops noemt hij de benauwdheid. De gynaecoloog kent Veronique en checkt haar patiëntendossier. Hij ziet dat voor het vloeien al medicatie is voorgeschreven. Hij adviseert de arts-assistent om de patiënt naar huis te laten gaan, met het advies om bij aanhoudende klachten contact op te nemen met de gynaecoloog. De ademhalingsklachten worden niet nader onderzocht of besproken.

Onwel

De volgende ochtend raakt Veronique thuis onwel. De ambulance vervoert haar met spoed naar een academisch ziekenhuis. In de ambulance verslechtert haar toestand en wordt alles uit de kast gehaald om haar te reanimeren. Tevergeefs. Veronique overlijdt. Uit het obductierapport blijkt dat ze is bezweken aan massale dubbelzijdige longembolieën.

Ontzetting

Met ontzetting hoort de internist maandagochtend dat de patiënt, over wie hij twee dagen daarvoor overleg heeft gehad, overleden is. Dan leest hij ook de verwijsbrief van de huisarts, met aanwijzingen voor een mogelijke longembolie. De internist bespreekt de gang van zaken direct met de gynaecoloog en de arts-assistent en brengt namens het ziekenhuis de

condoleances aan de familie over. Ook biedt hij aan om, als zij dat op prijs stellen, met hen in gesprek te gaan.

Aansprakelijk

De nabestaanden stellen het ziekenhuis aansprakelijk voor het overlijden van Veronique, met het verwijt dat de arts-assistent en de superviserende en geconsulteerde artsen tijdens het onderzoek onvoldoende aandacht hebben besteed aan de kortademigheid, wat de primaire reden voor de verwijzing was. De medisch adviseur van MediRisk komt tot de conclusie dat Veronique een goede kans had gehad om te overleven als er adequaat was gehandeld. Hij adviseert de schadebehandelaar om aansprakelijkheid te erkennen voor het missen van de diagnose longembolie.

Onderzoek

De arts-assistent heeft zijn onderzoek vooral gefocust op het bloedverlies. In de differentiaaldiagnose is een longembolie niet overwogen, terwijl daarvoor wel aanwijzingen waren. De verwijsbrief werd niet gezien. In de telefonische overleggen met de internist en de gynaecoloog is te zeer de aandacht gelegd op het bloedverlies. Beide specialisten veronderstelden dat het hoofdbehandelaarschap bij de ander lag, waardoor de klachten van Veronique niet verder werden uitgediept. De verwijsbrief van de huisarts kwam pas maandag onder ogen van de specialisten.

Strikte afspraken

Het ziekenhuis heeft een calamiteitenonderzoek ingesteld en melding gedaan bij de IGJ. Onduidelijk blijft hoe de verwijsbrief de arts-assistent niet heeft kunnen bereiken. Het ziekenhuis scherpt de afspraak aan over verwijzingen: een mondelinge verwijzing is niet genoeg, de arts-assistent van de spoedeisende hulp moet vóór overleg met een supervisor beschikken over een schriftelijke verwijzing. Ook zijn er strikte afspraken gemaakt over toedeling van het hoofdbehandelaarschap. Nieuwe arts-assistenten worden tijdens hun inwerkprogramma nadrukkelijk gewezen op de afspraken. Binnen drie maanden wordt de aansprakelijkheid voor het uitblijven van de diagnose longembolie erkend.

**Deze naam is gefingeerd.*

Samen leren en werken met data

"Cijfers bevestigen of stellen gerust"

Ook in de gezondheidszorg doet data science zijn intrede. Wat zijn de mogelijkheden, hoe ga je te werk en hoe kunnen leden van MediRisk elkaar versterken? Tijdens een Onderlinge Tafel Data Science gingen vertegenwoordigers van diverse ziekenhuizen met elkaar in gesprek over de kansen en mogelijkheden van big data. Het Martini Ziekenhuis en Rijnstate vertellen in Alert meer over hoe zij data gebruiken en de mogelijkheden die zij zien.

Cijfertjes inkloppen stuit wel eens op verzet van zorgverleners. Behalve als het doel helder is: de kwaliteit van zorg verbeteren. En dat is precies de insteek van Erna Hoed en Heleen Hoogeveen: meten om de patiëntenzorg te kunnen verbeteren. Erna Hoed is kwaliteitsfunctionaris van het Operatiekamercomplex in Rijnstate, Heleen Hoogeveen werkt als data-analist Waardegedreven Zorg in het Martini Ziekenhuis.

De wereld achter cijfers

Heleen Hoogeveen werkt binnen de afdeling Kwaliteit in het team Waardegedreven zorg, dat bestaat uit vier data-analisten en vier projectleiders.

Heleen Hoogeveen

"Wij helpen multidisciplinaire teams rond specifieke aandoeningen zoals borstkanker of geboortezorg om zoveel mogelijk waarde te halen uit de patiëntenzorg. Voor die teams halen we data op over de uitkomsten en kosten van zorg: hoeveel patiënten komen op deze afdeling, hoe ziet hun behandeltraject eruit, hoe lang hebben ze in het ziekenhuis gelegen? Wat waren de uitkomsten van het behandeltraject? Kregen patiënten complicaties, bijvoorbeeld een infectie, waarvoor ze opnieuw werden opgenomen? Hebben patiënten minder pijn na een operatie en hoe hebben ze de zorg ervaren? We verzamelen geen extra cijfers; we doen het met de gegevens die al standaard worden verzameld in de EPD's. Het is immers de bedoeling om te leren van de zorg, zoals die in de praktijk geleverd wordt."

Het Martini Ziekenhuis is aangesloten bij de Santeon-groep die sinds 2016 waardegedreven zorg als methodiek inzet om te verbeteren. "Ieder half jaar komen bijvoorbeeld gynaecologen van de geboortezorgteams van de zeven Santeon-ziekenhuizen bij elkaar om de cijfers te bespreken. 'Waarom verblijven moeders of kinderen bij het ene ziekenhuis korter dan in het andere ziekenhuis?', 'Hoe kan het dat jullie minder complicaties hebben?' Tijdens een soortgelijke bespreking met de chirurgen van het borstkankerteam zagen we bijvoorbeeld dat in een van de ziekenhuizen het aantal nabloedingen lager was. Bij doorvragen bleek dat de chirurgen daar de wond van de patiënt tijdens de operatie langer spoelen. Andere chirurgen hebben deze werkwijze vervolgens overgenomen. Door samen in de wereld achter de cijfers te duiken, houden we een leer- en verbetercyclus gaande."

Ontdekkingen dankzij data

Erna Hoed was één van de eerste kwaliteitsadviseurs in Nederland die speciaal

Erna Hoed

n een gevoel

werd aangesteld voor de OK. "We registreren verschillende aspecten die zicht geven op de kwaliteit van het operatief proces. Infectiecijfers natuurlijk, en gegevens zoals de Snaq-score. Die geeft aan wat de voedingstoestand van de patiënt is, zodat je daar eventueel voor de operatie op kunt interveniëren. Door continu te meten verzamelen we objectieve getallen die inzicht geven in trends. Maar gegevens in de computer zeggen nog niks over de inhoud van het proces. Daar moet je dus altijd dieper in duiken met de betrokken zorgverleners. Een kwaliteitsteam van zestien mensen uit allerlei beroepsgroepen is continu met de cijfers aan de slag. En de gegevens staan op de agenda van werkbesprekingen van alle zorgverleners op en rondom de OK."

Ook Hoed ziet mooie verbeteringen dankzij registratie. "We hebben onder meer de transporttijden aangepakt van verpleegafdelingen naar OK. Uit de cijfers bleek dat die vrij lang waren. Dat kon beter, vonden wij. We ontdekten dat het transport via-via liep, met teveel schakels. Door de investering in een computersysteem hebben we de transporttijd kunnen verkorten: de verpleegafdeling en de transporteur krijgen automatisch een seintje dat de patiënt verwacht wordt op de OK. Dat is voor onze OK en alle zorgverleners daaromheen niet alleen veel efficiënter, het is vooral ook fijner voor de patiënt. Die hoeft niet meer zo lang te wachten. Het is voor patiënten allemaal al spannend genoeg."

Voorspellend cijferen

Hoed vervolgt: "Momenteel ontwikkelen we een dashboard, waarop je straks *realtime* kunt zien hoe de cijfers ontstaan en op operatieniveau kunt terugkijken. We zijn nu nog vooral retrograad bezig. Mooi zou zijn als we ook steeds meer voorspellend kunnen cijferen. Op kleine schaal doen we dat al. Een voorbeeld: doordat we beter weten welke materialen en middelen bij welke operatie zijn gebruikt, kunnen we daarop anticiperen met bestellingen. 'Stilliggende' botimplantaten bijvoorbeeld kosten veel geld, daar hebben we liever niet al te grote voorraden van. Dankzij de geregistreerde gegevens kunnen we beter anticiperen op wat echt nodig is."

Heldere afspraak

Hoogeveen: "Het mooie aan onze werkwijze vind ik dat we niet alleen cijfers ophalen en analyseren, maar dat we in duo's van data-analist en projectleider inzicht creëren en zorgteams echt kunnen ondersteunen bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Binnen Santeon hebben we één heldere afspraak: de cijfers worden uitsluitend gebruikt in de teams die aan de datavergelijking meewerken. Zij zijn eigenaar van het leer- en verbeterproces."

Waardegedreven zorg is gestart als project los van planning & control. Hoogeveen: "Op dit moment kijken we naar de inbedding van de verbetercyclus in de organisatie en bijvoorbeeld ook naar het gebruik van deze gegevens in gesprekken met zorgverzekeraars. We vinden het belangrijk dat een set aan cijfers niet zomaar in de hoek van *blaming & shaming* terecht komt, daar willen we voor waken. Insteek is altijd om van de cijfers te leren, in een veilige omgeving."

Onderbuikgevoel

Hoed: "Mensen die met patiënten werken, hebben vaak een onderbuikgevoel over iets dat beter kan. De cijfers onderbouwen dat gevoel. Of ze laten zien dat ze zich geen zorgen hoeven te maken. Dat is het mooie aan cijfers: ze bevestigen of stellen gerust."

Onderlinge Tafel Data Science

Op 9 mei vindt weer een Onderlinge Tafel Data Science plaats voor analisten, data scientists en klinische informatici. In vervolg hierop gaan de deelnemers van de Onderlinge Tafel een concreet onderwerp uitwerken. Ze gaan uitzoeken of dossieronderzoek naar adverse events geautomatiseerd kan worden met behulp van een textmining-model. Het model wordt vervolgens beschikbaar gesteld voor alle leden van MediRisk.
Voor meer informatie: onno.dijt@medirisk.nl.

"Zo doen wij het"

De vindingrijkheid om de patiëntveiligheid en de patiënttevredenheid te verhogen is groot. Dagelijks lezen we over sympathieke, innovatieve en creatieve oplossingen, vaak binnen handbereik, waarin de patiënt centraal staat. We lichten er een paar uit.

Kijkje in je knie

Van folder naar video: de afdeling Orthopedie in Meander Medisch Centrum bereidt kniepatiënten volledig digitaal voor op hun bezoek aan het ziekenhuis. Deze nieuwe manier van patiëntvoorlichting is vorig jaar getest onder vijfhonderd patiënten.

Voor hun bezoek aan het ziekenhuis krijgen patiënten een online presentatie te zien met foto's, video's, tekst, geluid, vragenlijsten en 3d-animaties van het kniegewricht en de operatietechnieken. Hierin ziet de patiënt, vanaf het eerste bezoek aan Meander tot aan het herstel thuis, stap voor stap wat hem of haar te wachten staat. Via de digitale tool worden ook vragenlijsten aan de patiënt voorgelegd, waardoor het gesprek in de spreekkamer vlotter en efficiënter verloopt.

Positief

Uit de evaluatie van de proef blijkt dat patiënten zeer tevreden zijn over deze manier van informeren en dat de informatie aansluit op hun behoefte. Ook de orthopedisch chirurgen van Meander zijn positief. Momenteel wordt bekeken hoe deze vorm van patiëntvoorlichting omgezet kan worden in een vaste werkwijze, mogelijk ook op andere afdelingen.

'Warme overdracht' na bevalling in het ziekenhuis

Na de bevalling ontspannen aan de kraamtijd beginnen. Dat is het doel van de 'warme overdracht', een initiatief van Medisch Spectrum Twente en regionale kraamzorgaanbieders.

Kersverse ouders maken ín het ziekenhuis al kennis met hun kraamverzorgende. De kraamverzorgende is ook aanwezig bij de overdracht, waar informatie wordt besproken over de bevalling en de gezondheid van moeder en kind. Daarna verrichten de verpleegkundige en de kraamverzorgende de laatste controles bij moeder en kind. Na overdracht en controles bereidt de kraamverzorgende de terugreis voor en thuis aangekomen zet de kraamtijd zich voort.

Persoonlijke overdracht

Agnes Wiersma, Teamhoofd Moeder Kind afdeling in MST: "Door een goede, persoonlijke overdracht voorkomen we onduidelijkheden en verlies van informatie. Bovendien is de overdracht op deze manier een stuk meer ontspannen voor moeder en kind."

Skills trainen in hightech OK

In een spiksplinternieuwe hightech operatiekamer je surgical skills trainen: het kan in het Amsterdam Skills Centre (ASC) dat in februari zijn deuren opende.

Het ASC, dat op het terrein van Amsterdam UMC-locatie AMC staat, beschikt over twaalf hightech operatiekamers, operatierobots, virtual reality simulatoren en onderwijsfaciliteiten. Chirurgen en andere snijdende specialisten van over de hele wereld kunnen hier hun vaardigheden trainen in virtuele omgevingen en met oefenmateriaal, waaronder weefsel van overledenen die hun lichaam ter beschikking hebben gesteld aan de wetenschap. Doordat zo vaker en efficiënter kan worden geoefend zijn vaardigheden sneller aangeleerd.

Foto ASC

Ruimtestation

Prof. dr. Jaap Bonjer, hoogleraar Chirurgie van Amsterdam UMC en CEO van het ASC: "Ons werk is door de jaren heen ingrijpend veranderd. Hybride OK's hebben inmiddels veel weg van een ruimtestation. Slimmer en sneller leren helpt om de opleidingsduur en de zorgkosten te beperken."

Missie

Het centrum is gebouwd in samenwerking met het medisch-technologiebedrijf Stryker, dat mee-investeerde in gebouw en apparatuur. In de toekomst wil het ASC cursussen opzetten voor laag- en middeninkomenslanden, waar toegang tot goed medisch onderwijs nog minimaal is. Doel is om een betaalbare en mobiele leeromgeving te creëren die overal ter wereld geïmplementeerd kan worden. Het ASC nodigt andere partijen uit om zich aan te sluiten bij deze missie.

Keuzehulp voor traumazorg

Ook in de spoedeisende fase is het belangrijk om patiënten zo snel mogelijk te betrekken bij de behandelopties. Het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ) ontwikkelt een wetenschappelijk onderbouwde online keuzehulp die traumapatiënt en arts daarbij gaat helpen.

Met de Keuzehulp krijgt Samen Beslissen een vaste plek in het behandel- en nazorgtraject van de traumapatiënt. Mariska de Jongh, klinisch epidemioloog bij het ETZ: "Iedere patiënt heeft andere eisen en wensen. De ene patiënt kiest bijvoorbeeld om persoonlijke redenen voor een snelle operatie, terwijl een andere patiënt liever de tijd neemt voor een rustige revalidatie met ondersteuning van fysiotherapie." De keuzehulp helpt de patiënt om deze beslissing te nemen.

Paar vragen

Om de patiënt zo weinig mogelijk te belasten en toch goede informatie te krijgen, gebruikt het ETZ bij nieuwe patiënten Computer Adaptief Testen. De Jongh: "Met deze methode krijg je met slechts een paar vragen een betrouwbaar beeld van iemands gezondheidstoestand, als voorbereiding op het gesprek over de behandelopties." Bij de ontwikkeling van de keuzehulp wordt gebruik gemaakt van de uitkomsten van de Brabant Injury Outcome Surveillance. Voor deze studie zijn traumapatiënten van tien Brabantse ziekenhuizen twee jaar lang gevolgd op het gebied van fysiek en psychisch functioneren, terugkeer naar werk en geleverde zorg.

Samenwerking

De Jongh leidt het project samen met traumachirurg Koen Lansink. De keuzehulp wordt ontwikkeld in samenwerking met het Netwerk Acute Zorg Brabant, Catharina Ziekenhuis, Amphia Ziekenhuis, Ziekenhuis Bernhoven, Máxima Medisch Centrum, Elkerliek Ziekenhuis, Jeroen Bosch Ziekenhuis en Libra Revalidatie & Audiologie. Ook patiënten worden betrokken bij het ontwikkelen en vullen van de online keuzehulp. Zorginstituut Nederland heeft zeshonderdduizend euro beschikbaar gesteld voor het tweejarige project.

Focus op diagnosegerelateerde claims

"Diagnoses trekken zich niks aan van domeinen"

Diagnosegerelateerde claims komen veel voor in de claimdatabase van MediRisk. Het is ook één van de lastigste soorten claims: diagnostiek is een complex proces waarbij vaak meerdere specialismen betrokken zijn. Dat weerhoudt de leden van MediRisk er niet van om vanaf dit jaar te focussen op het voorkómen van diagnosegerelateerde claims.

Gemiste, te laat gestelde of onjuiste diagnoses kunnen grote gevolgen hebben voor de patiënt, zoals onnodige operaties of verkeerde medicatie. Soms is door een te laat gestelde diagnose curatieve behandeling niet meer mogelijk. Naast leed voor de patiënt brengen diagnosegerelateerd(e) claims ook hoge kosten met zich mee. Bijna 40% procent van de totale claimkosten heeft te maken met diagnostiek. In totaal gaat het om 330 claims per jaar, waarvan 41% wordt erkend.

Fouten zijn lastig te accepteren

Eind vorig jaar kwam een groep medisch specialisten bijeen tijdens de Onderlinge Tafel Diagnostiek van MediRisk, die deze keer volledig gewijd was aan diagnosegerelateerde claims. Conclusie van deze bijeenkomst: het stellen van een diagnose is een veelomvattend, ingewikkeld en vaak ondoorzichtig proces. Een proces dat vele stappen kent, waaronder verwijzing, onderzoek en vervolgbeleid. En een proces waarin heldere communicatie over uitslagen met de patiënt en tussen zorgverleners onderling meer aandacht behoeft. Diagnoses trekken zich immers niks aan van domeinen, stelde een van de aanwezige medisch specialisten.

Gerrit Jager, radioloog in het Jeroen Bosch Ziekenhuis en expert op het

Gerrit Jager

Koo de Priester

gebied van patiëntveiligheid: "Ik zeg al jaren dat de grootste schade in ziekenhuizen wordt veroorzaakt door diagnosefouten. Dat er zo weinig aandacht aan wordt besteed, komt simpelweg omdat de menselijke factor zo'n grote rol speelt. Deze fouten zijn heel lastig te accepteren en te bevatten, vooral omdat de diagnose achteraf, met zogeheten 'hind-sight-bias', zo makkelijk lijkt."

Soms mis je iets

Koo de Priester, radioloog in het Zaans Medisch Centrum, was een van de deelnemers aan de Onderlinge Tafel. "Diagnostiek is een behoorlijk complex proces. De schakel die de radiologie binnen dat proces vormt, is de laatste twintig, dertig jaar steeds groter geworden. Als medisch beeldvormers kunnen wij ons vergissen in datgene wat we zien. Soms mis je iets. En soms zie je het wel, maar interpreteer je het verkeerd. Dan moet je dat erkennen en daar de verantwoordelijkheid voor dragen. Als wij bijvoorbeeld een longtumor hebben gemist, dan communiceren we dat met de longarts of met de patiënt. Het is natuurlijk heel erg als het gebeurt. Aan de andere kant ben je er de volgende keer extra op gespitst. Je kunt fouten gebruiken om beter te worden. Het is een zeer krachtige methode van leren."

Erkende diagnosegerelateerde claims

Meest voorkomende oorzaken:

- Verkeerde interpretatie of verkeerd lezen van diagnostische onderzoeken
- Procedure niet uitgevoerd óf medicatie niet voorgeschreven/toegediend
- Medische verslagen niet gelezen
- Fout ontstaan bij verwerking van uitslagen diagnostische onderzoeken
- Verkeerde behandeling door onvoldoende klinisch onderzoek/beperkte anamnese

Spoed- en geplande diagnostiek

Claimonderzoek wijst uit dat het in 32% van de diagnosegerelateerde claims gaat over spoeddiagnostiek. En dan met name om gemiste fracturen. De afgelopen jaren werkte MediRisk samen met zorgverleners aan verbetermaatregelen voor de diagnosestelling op de spoedeisende hulp, waaronder het vergroten van kennis over veelvoorkomend hand- en polsletsel. Dat leidde onder meer tot de Vangnetten Spoedeisende Hulp.
Een groter aandeel in de claims vormt de zogeheten 'geplande diagnostiek'. Patricia Wimmer, adviseur medisch risicomanagement bij MediRisk: "Als we de spoeddiagnostiek buiten beschouwing laten, blijft er nog een groot deel diagnostiek over dat zich voordoet op de polikliniek of tijdens de opname in het ziekenhuis. Die claims vangen wij onder de noemer 'geplande diagnostiek'. Van alle diagnosegerelateerde claims gaat het in 68% van de gevallen om geplande diagnostiek."

Pilot geplande diagnostiek

Hoe gaan zorgverleners om met kritische nevenbevindingen?

De komende maanden voert MediRisk met drie aangesloten ziekenhuizen een pilot uit, gericht op geplande diagnostiek. Het doel is om zicht te krijgen op een belangrijk deelproces van diagnosestelling: hoe gaan zorgverleners om met kritische (neven)bevindingen? Dit doen we vanuit de principes van Safety-II.

Patricia Wimmer, adviseur medisch risicomanagement bij MediRisk: "Met de pilot willen we te weten komen hoe er in de dagelijkse praktijk wordt gecommuniceerd over kritische nevenbevindingen. Dat gaat nooit op precies dezelfde manier. Die variatie heb je als zorgverlener nodig om je werk te kunnen doen, maar kan ook risico's met zich meebrengen. Deze brengen we in beeld met behulp van FRAM en gesprekken met zorgverleners. We hopen de resultaten eind dit jaar te kunnen delen met alle instellingen die bij MediRisk zijn aangesloten."

Safety-II-model FRAM – afkorting voor Functional Resonance Analysis Method - maakt het verschil zichtbaar tussen protocol en praktijk. De methode daagt zorgprofessionals op een positieve, oordeelvrije manier uit om te vertellen hoe hun dagelijkse werk écht in elkaar steekt. FRAM biedt mogelijkheden om eventuele verbeteringen goed te laten aansluiten op de praktijk.

In de periode 2013-2017 bedroeg de totale vergoeding hiervoor € 26,2 miljoen. "Daar komt nog bij dat het aantal claims rondom geplande diagnostiek licht toeneemt, in tegenstelling tot het totaal aantal claims, waar we een lichte daling zien."

Menselijk aanpassingsvermogen

Ook uit internationale en nationale publicaties, zoals de Monitor Zorggerelateerde Schade in Nederlandse Ziekenhuizen (Nivel, 2017), blijkt dat diagnostiek een onderwerp is dat aandacht behoeft. Radioloog Jager: "Lange tijd werden vermijdbare schade en sterfte gezien als een gevolg van slechte systemen: 'mensen maken fouten, omdat het systeem hen uitnodigt om fouten te maken. Dus je moet het systeem aanpassen, en dan komt het goed'. Denk aan het rapport *'To err is human, building a safer system'* van het Institute of Medicine uit 1999. Maar het probleem met diagnostische fouten is die menselijke factor: mensen kunnen soms niet goed denken, nemen niet altijd goed waar. Dat heeft iets onbegrijpelijks: het is soms onverklaarbaar waarom je als radioloog iets hebt gemist. Daarom zwijgen mensen liever. Dat is denk ik wel een onderliggend probleem. Het wordt zo moeilijk begrepen. Daarbij wil ik niet zeggen dat mensen het probleem zijn. Het ziekenhuissysteem is heel complex, met telkens andere patiënten en andere omstandigheden. Dat het meestal goed gaat, ligt juist aan het vermogen van mensen om zich aan te passen aan wisselende omstandigheden."

Artificial Intelligence binnen radiologie

Uit de database van MediRisk blijkt dat bijna een kwart van de geplande diagnosegerelateerde claims te maken heeft

Save the date

Vijftien ziekenhuizen hebben gedurende zes maanden de principes van Safety-II omgezet naar een praktische aanpak. Ervaringen uit de pilots en inspirerende sprekers bieden concrete handvatten voor de dag van morgen. Wilt u op de hoogte blijven, stuur dan een bericht naar mediriskpreventie@medirisk.nl.

12 juni 2019 9.00-16.00 uur
Amphia Ziekenhuis Breda

Diagnosegerelateerde claim

Arnold van Gaal is al jaren onder behandeling van de uroloog voor nierstenen. Een CT-scan laat een zichtbare afwijking zien van de rechternier, waarover Van Gaal niet wordt geïnformeerd. De artsen besluiten tot een expectatief beleid.
Twee jaar later krijgt Van Gaal bijkomende klachten. Na onderzoek blijkt er sprake te zijn van een niercelcarcinoom. Expertise wijst uit dat van de afwijking die twee jaar eerder gezien was, een biopt had moeten worden genomen. De tumor is inmiddels uitgezaaid in lever, longen, buikwand en bil. Van Gaals vijfjaarsoverleving is aanzienlijk gedaald.

met het missen van een carcinoom. "Dan moet je denken aan een onjuiste diagnose, een uitslag die niet goed gecommuniceerd is met patiënt of collega-zorgverlener, een verkeerde behandeling of het inzetten van een ingrijpender behandeling dan nodig was geweest," vult collega Anne-Loes Luyendijk aan."Gemiddeld leidt dat tot vijftig claims per jaar, waarvan 40% wordt erkend. Claimkosten over de periode 2013–2017: € 9,2 miljoen. In veel gevallen speelt de vertraging die de patiënt oploopt in de behandeling – 'delay' in jargon – een rol bij de erkenning van claims.

Jager: "Ik ben voorstander van een vierogensysteem voor bepaalde patiënten, zoals bij thoraxfoto's en foto's van traumapatiënten van de huisarts. Die foto's zouden op z'n minst door twee mensen moeten worden gezien, om de kans dat je iets mist zo klein mogelijk te maken. Foto's in het ziekenhuis worden meestal ook door een collega-specialist gezien of op een multidisciplinair overleg. Iets wat nog niet zo ver is, maar wat er wel aan zit te komen, is Artificial Intelligence binnen de radiologie. Dat is momenteel sterk in ontwikkeling en zou het minder makkelijker moeten maken om diagnoses te missen. Al moet je natuurlijk het diagnosticeren niet volledig aan een computer overlaten."

98% goede diagnose

Bij de oorzaken van erkende diagnosegerelateerde claims staat de verkeerde interpretatie of het verkeerd lezen van diagnostische onderzoeken op nummer één. Wimmer: "Denk aan bijvoorbeeld PA-uitslagen, röntgenfoto's en bloeduitslagen. Op de tweede plaats staat een niet uitgevoerde procedure of medicatie die niet is voorgeschreven of toegediend. Oorzaak nummer drie is het niet lezen van medische verslagen, zoals uitslagen van röntgenonderzoeken en rapportages van de verpleegkundige." Bij geplande diagnostiek zijn vaak meerdere specialismen en beroepsgroepen betrokken, verspreid over verschillende afdelingen. De technologie wordt steeds complexer en het behandelen van steeds ziekere patiënten neemt toe. Het is eigenlijk zelden mogelijk om een gemiste diagnose tot één oorzaak te herleiden en op basis daarvan te komen tot een verbetering.

Jager: "Een radioloog die 98% goed diagnosticeert en 2% mist, die doet het heel goed. Maar hij heeft de pech dat 1 van die 2% een klacht wordt. Hij krijgt een tik op de vingers: hoe heb je dit nou kunnen missen? Dat heeft iets heel onrechtvaardigs. Dat maakt ook dat het een taboe is, dat je er niet zo gemakkelijk over praat. Aan de andere kant: je hebt wel te maken met een patiënt die schade heeft geleden en die niet tekort mag worden gedaan." Jager vervolgt: "Het zou goed zijn om alles wat diagnostisch niet goed gaat in kaart te brengen. Waar gaat het mis, hoe komt dat en kun je je systeem zoveel mogelijk in lijn brengen met hoe het in de praktijk werkt? En er samen over praten, je continu bewust zijn van de valkuilen, van de onderliggende mechanismes van fouten maken."

Open vizier

Verbeteren begint met inzicht, stelt ook Luyendijk. De komende maanden houdt MediRisk met drie aangesloten ziekenhuizen een pilot geplande diagnostiek. Met de Functional Resonance Analysis Method (FRAM) wordt gekeken hoe zorgverleners in de dagelijkse praktijk tot een diagnose komen (zie kader op pagina 22). Wimmer: "Samen met de betrokken zorgverleners willen we meer zicht krijgen op het proces van diagnostiek. Hoe komt een patiënt binnen, op welke afdeling meldt hij zich, waar komt hij terecht? Hoe wordt bij differentiaal diagnoses onderzoek geïnterpreteerd en verwerkt? Wie zijn er allemaal betrokken bij het komen tot een diagnose? Hoe werkt dit in de dagelijkse praktijk? Is er sprake van variaties, zijn die nodig om flexibel te kunnen anticiperen of brengen zij mogelijk risico's met zich mee?
Al deze aspecten gaan we samen nader bekijken. Zonder oordeel en met open vizier. Want we willen het aantal diagnosegerelateerde claims heel graag zo ver mogelijk terugbrengen."

Hoe zit dat eigenlijk?

Zoveel leden, zoveel vragen.
De afdeling Ledenadvies heeft de meest gestelde vragen en antwoorden op een rijtje gezet.

Zijn medewerkers die wij als zorginstelling inzetten op een EHBO-post verzekerd onder de MediRisk-polis?

EHBO-posten die medische hulp bieden bij bijvoorbeeld evenementen zijn niet altijd standaard meeverzekerd onder de polis. Daarom adviseren wij u daar altijd melding van te maken.
Zijn de medewerkers op de EHBO-post in dienst bij uw organisatie en voeren zij hun activiteiten uit voor uw organisatie? Dan worden deze activiteiten meegenomen in de dekking en is de (medische) aansprakelijkheid voor hen gedekt. Wordt er gebruik gemaakt van vrijwilligers die namens het ziekenhuis hulp verlenen bij de post? Ook zij kunnen in specifieke gevallen en na afstemming met MediRisk op de polis worden meeverzekerd. Uiteraard gaan we er in alle gevallen van uit dat de hulpverleners en/of vrijwilligers van de EHBO-post gekwalificeerd zijn voor de werkzaamheden die ze geacht worden te verrichten.

In hoeverre valt humanitaire hulp in ontwikkelingslanden onder de aansprakelijkheidsverzekering van het ziekenhuis?

De MediRisk-polis biedt niet standaard dekking voor humanitaire hulp, maar we maken het graag mede mogelijk. Is een team medisch specialisten van uw organisatie van plan om op een kortdurende missie te gaan, dan kunt u een aanvullende dekking verkrijgen voor het betreffende team en voor de duur van de missie. Deze aanvullende dekking verzekert aanspraken die volgen uit de adviezen die het team van uw organisatie ter plekke geeft. Aanspraken die volgen uit de uitgevoerde behandelingen vallen niet per definitie onder de dekking. Voorwaarde voor dekking is dat u de missie bij ons aanmeldt.

In ons ziekenhuis organiseren we regelmatig bijeenkomsten voor publiek, zoals een open dag. Vallen de festiviteiten in ons ziekenhuis onder onze aansprakelijkheidsverzekering?

In vrijwel alle situaties is dat het geval. Zeker als de festiviteiten plaatsvinden op het terrein van uw instelling, dan bent u aansprakelijk voor geleden schade van een bezoeker en valt dit onder uw aansprakelijkheidsverzekering. Anders wordt dit als de evenementen een meer buitengewoon karakter krijgen of de organisatie van de festiviteit is uitbesteed aan een professioneel bedrijf. In dat geval moet u de aansprakelijkheid expliciet goed regelen in het contract met dit bedrijf.
Ook reguliere personeelsuitjes vallen onder de aansprakelijkheidsverzekering, al is het de vraag of de geleden schade van een medewerker of vrijwilliger het gevolg is van verwijtbaar handelen van de werkgever. Dit risico kan op de polis overigens wel extra gedekt worden met een ongevallenverzekering. In dat geval is de aansprakelijkheidsvraag niet relevant. Twijfelt u of iets onder de dekking valt of wilt u meer informatie mail naar polis@medirisk.nl.

Heeft u ook een vraag? Mail deze naar polis@medirisk.nl.

MediRisk