

Kwartaalmagazine  
voor leden van MediRisk

Najaar 2012 | 8e jaargang

# Alert

De risico's van het vak

## Maatwerk

Voorkom ingrijpende  
en onherstelbare  
**pathologiefouten**

**Maatwerk in  
claimbehandeling:**  
versnelling en  
transparantie

**Audit in de tropen:**  
op bezoek bij Sehos

Maak eenvoudig  
een **calamiteiten-**  
**beheersplan** voor  
uw organisatie

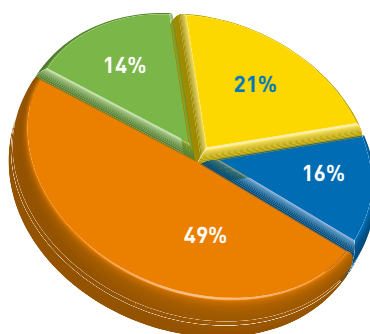


### Maatwerk bij ondersteuning

Elke organisatie kan elke dag te maken krijgen met een calamiteit. Medische calamiteiten hebben grote gevolgen voor de patiënt en zijn familie, voor de zorgprofessional en voor de organisatie. Calamiteiten helemaal voorkomen is niet mogelijk, je als organisatie goed voorbereiden wél. Het calamiteiten-beheersplan van MediRisk helpt de leden hierbij.. | pag. 4 |

### Maatwerk in schadebehandeling

Voor patiënten en andere betrokkenen zijn een voortvarende claimbehandeling en transparantie over het proces erg belangrijk. De top zeven van maatregelen die MediRisk treft om de behandeling van een claim te versnellen. | pag. 8 |



### Maatwerk in ontwikkeling

Gelukkig worden veel pathologiefouten tijdens het proces hersteld. Maar de schade die wél ontstaat is zeer ingrijpend voor de patiënt en is onherstelbaar. Elke fout is er één te veel. Preventie moet pathologiefouten helpen voorkomen. Een gesprek met het veld. | pag. 16 |

### Maatwerk in preventie

MediRisk bezocht het Sint Elisabeth Hospital Curaçao. Hoe verloopt een audit in de tropen? Het belangrijkste is het maken van een risico-inventarisatie op onder meer de Spoedeisende Hulp, OK en de Intensive Care. De aanbevelingen van MediRisk geven het ziekenhuis input voor een plan van aanpak. Een gesprek met bestuurssecretaris Indra Rossen-Lucasius. | pag. 20 |



# Inhoud

- 3 **Column:** Maatwerk
- 4 **Calamiteitenbeheersplan**  
Het juiste doen, het doet er toe!
- 8 Schadebehandeling  
'Het kan en moet **sneller en transparanter**'
- 13 **MediRisk actueel**  
Kort nieuws
- 14 **Maatwerk in kaakchirurgie**
- 15 Meer keuze met  
**MediRiskMaatPolis**
- 16 **Preventie:** voorkom fouten in de **pathologie**
- 20 Audit in de tropen  
**Op bezoek bij Sehos**
- 24 **Gedragscode GOMA**  
breder onderschreven
- 26 Leden aan het woord  
**Kwaliteit en veiligheid in het Jan van Goyen**
- 28 **Goodpoint!**  
**App** bevordert veiligheid

## 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

Marianne Hekerman, Bart Jongbloed, Marjoleine van der Zwan

### Redactieadres

communicatie@medirisk.nl

### Redactionele bijdragen

Karin Bos en Annemiek Manuel

### Ontwerp en opmaak

Ontwerpstudio VvAA/  
Canon Nederland N.V.

### Druk

Schotanus en Jens

### Oplage

13.000

### MediRisk

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

www.medirisk.nl

foto: HagaZiekenhuis



Column van Marjolein Tasche,  
arts en bestuurslid HagaZiekenhuis

## Maatwerk moet

‘Claimbehandeling  
vind ik een  
gedeelde  
verantwoordelijkheid’

Eerst bij de huisartsenpost aankloppen en er dan achter komen dat je toch beter direct naar de spoedeisende hulp had kunnen gaan... Dat is toch uit de tijd! In ons ziekenhuis hebben we daarom een spoedplein geopend. Daar zit 24 uur per dag een huisarts achter de balie én iemand van de SEH. Zodat je als patiënt meteen de juiste zorg krijgt.

Maatwerk, inderdaad. Heel belangrijk als alles volgens het boekje verloopt, maar ook – of juist – als er een claim binnenkomt. Want je kunt een claim wel doorsturen naar MediRisk en denken dat daarmee de kous af is, maar als een zaak niet tot een goed einde komt of te lang duurt, straalt dat af op het ziekenhuis, niet op de verzekeraar. Het blijft onze patiënt, onze zorg.

Claimbehandeling vind ik een gedeelde verantwoordelijkheid van het Haga en van MediRisk. Waarbij maatwerk naar onze patiënten voorop staat. Geen claim is immers hetzelfde. MediRisk speelt daar goed op in. Zeker nu er een frissere wind door de organisatie waait, merk ik dat we er veel meer samen in zitten. Dat we er echt voor gaan om zaken netjes en vlot af te handelen. Dus kijken we bij elke oude en nieuwe casus naar de grote lijn en minder naar de kleine lettertjes. Het oordeel van de externe expert maakt dat een stuk gemakkelijker. Dat we inzage in het proces hebben en – net zoals bij de aflevering van een postpakketje – de doorloop zelf in de gaten kunnen houden, scheelt ook. En het vaste aanspreekpunt binnen MediRisk werkt zo veel prettiger en persoonlijker. Doordat MediRisk scherp is op de voortgang en oog heeft voor onze verhouding met de patiënt, kunnen wij diezelfde patiënt meer maatwerk bieden. Een heel goede ontwikkeling.

Trouwens, ook wanneer het gaat om het voorkómen van claims, biedt MediRisk ons steeds meer aanknopingspunten. Zelf vind ik het zeer belangrijk om te weten welke afdelingen en specialismen binnen het HagaZiekenhuis het relatief goed en minder goed doen. Met het nieuwe claimdashboard van MediRisk kunnen we dat nu makkelijk bijhouden, intern bespreken en onszelf verbeteren. Voor ons is de input zelfs zo interessant dat we deelnemen aan een pilot, waarbij wij onderzoeken of ook klachten en incidentmeldingen kunnen worden meegenomen in de benchmark – claims zijn immers maar het topje van de ijsberg. Beter focussen, daar gaat het om. Of het nu gaat om het voorkomen van klachten of om het netjes afhandelen van claims: MediRisk maakt maatwerk mogelijk.

### Raad van Commissarissen MediRisk

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

### Bestuur MediRisk

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

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

ISSN 1878-80 17



foto: Clickshots

## Goed voorbereid op calamiteiten dankzij MediRisk-beheersplan

# Het juiste doen, het doet er toe!

Ondanks alle inspanningen op het gebied van patiëntveiligheid en risicoreductie kunnen zich in ziekenhuizen ernstige medische calamiteiten voordoen. Hoe dan te handelen? Hoe ga je om met patiënten, hun familie, zorgprofessionals en de pers?

Om ziekenhuizen hierbij te ondersteunen, ontwikkelde MediRisk een calamiteitenbeheersplan. Goede voorbereiding helpt.

Het Sint Radboud in Nijmegen moest stoppen met hartoperaties voor volwassenaan, omdat de afdeling Cardiologie niet op orde was. In het Twenteborg Ziekenhuis in Almelo kwam een vrouw om het leven vanwege brand in een anesthesiezuil. Patiënten in het Havenziekenhuis in Rotterdam werden ziek als gevolg van een vervuild narcosemiddel.

Hoe hard we samen ook werken om medische calamiteiten tot nul te reduceren, ze zullen zich helaas altijd blijven voordoen. Des te belangrijker is het om in een goede setting op de juiste manier te handelen als het zo ver komt. Zodat de impact van de calamiteit op patiënten, zorgprofessionals, het ziekenhuis en de omgeving zoveel mogelijk wordt beperkt. Dat maakt het draaglijker voor betrokkenen en voorkomt dat vertrouwen verloren raakt.

### Schade beperken

Als voormalig directeur van het Havenziekenhuis en tegenwoordig lid van de Raad van Bestuur van het Maasstad Ziekenhuis kan Johan Dorresteijn erover meepraten: een open cultuur, vertrouwen in collega's en daadkracht zijn essentieel voor een ziekenhuis dat te maken krijgt met een calamiteit. Zij vormen een belangrijke basis om zo goed mogelijk te kunnen handelen. Hij had als directeur van het Havenziekenhuis te maken met een serieuze calamiteit: "Direct nadat ik van de anesthesioloog hoorde dat er in de OK iets mis was, heb ik een ingrijpend besluit genomen: stop het proces. Sluit de OK en gooi niets weg, we moeten snel achterhalen waar het mis gaat. De voorzitter van de Vereniging Medische Staf steunde mij hier volledig in. Zij kent me en voelde direct aan dat het menens

was. Vervolgens richtten we de focus op het beperken van de schade bij de patiënten en zodra we wisten wat er gebeurd was, hebben we dat aan deze patiënten en hun familie uitgelegd. Die helderheid is noodzakelijk om het traject dat je samen nog door moet, zo goed mogelijk in te gaan."

In Medisch Spectrum Twente deelt men deze visie. Nadat een slecht functionerende neuroloog in 2003 vertrokken was, werd het ziekenhuis in 2009 opnieuw in verband gebracht met de neuroloog en meldden zich meer en meer patiënten die zich de dupe voelden van zijn handelen bij Medisch Spectrum Twente. Mariska de Groot, secretaris van de Raad van Bestuur: "We zijn in overleg getreden met alle betrokken partijen, hebben een extern onderzoek laten uitvoeren en zijn een nazorgpoli gestart >

## Goed voorbereid op een medische calamiteit!

Bestuurders kunnen zich voorbereiden op een medische calamiteit dankzij een praktisch calamiteitenbeheersplan. Ter gelegenheid van het twintigjarige jubileum heeft MediRisk het handboek *Het juiste doen, het doet ertoe!* uitgegeven. Ervaringen van MediRisk-leden met medische calamiteiten in de vorm van interviews worden in het boekje afgewisseld met concrete handreikingen van het Institute for Healthcare Improvement (IHI) uit Massachusetts. In het boekje vinden de leden een cd met praktische werkdocumenten voor het maken van een calamiteitenbeheersplan.



foto: Havenziekenhuis

Johan Dorresteijn:  
‘De trend op hoofdlijnen is voor veel calamiteiten gelijk.’

zoals de open cultuur, kan dit door een structuur te creëren waarmee duidelijk is hoe arts, bestuur en andere betrokkenen in zo’n situatie moeten handelen. Wat zijn hun verantwoordelijkheden en bevoegdheden en wie moeten zij op welk moment in het traject betrekken?”

### Ervaringen delen

Ook het Medisch Spectrum Twente stelt, naast de steun voor het slachtoffer, de steun aan de professional centraal in het beheersbaar maken van calamiteiten. Mariska de Groot: “Normaal gesproken krijgt een professional slechts een enkele keer met een calamiteit te maken. Uit ervaring kun je dan dus moeilijk putten. Maar door het aanstellen en trainen van begeleiders die 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar zijn, kunnen zij wel direct terecht bij iemand die hen kan adviseren. Daarnaast stellen we in zo’n situatie een crisisteam in. Op basis van de richtlijnen van het Amerikaanse Institute for Healthcare Improvement (IHI) hebben we onze calamiteitenprocedure aangescherpt. Tot slot werken we veel aan voorlichting en wordt tijdens de ziekenhuisbrede necrologiebijeenkomsten steeds een casus besproken. Door het delen van ervaringen gaan medewerkers nadenken over hoe zij zelf zullen handelen, bij wie zij terecht kunnen. Dat is een belangrijke vorm van voorbereiding.”

om getroffen van dienst te kunnen zijn. Mede naar aanleiding van deze casus zijn we bovendien gestart met een traject om ons beter voor te bereiden op calamiteiten.”

### Meer dan een incident

Kun je je voorbereiden op medische calamiteiten? Ze zijn immers niet altijd direct als zodanig herkenbaar en verschillen sterk van elkaar. “Toch is de trend op hoofdlijnen voor veel calamiteiten gelijk”, stelt Dorresteijn. “Het begint vaak op één plek, bij één patiënt en een zorgprofessional die zich op enig moment realiseert dat dit meer is dan een incident. Je moet ervoor zorgen dat deze professional in staat wordt gesteld om snel overleg te voeren met iemand die emotioneel afstand kan nemen en objectief kan oordelen over wat er moet gebeuren. Naast het creëren van de juiste randvoorwaarden,

### Praktisch plan

MediRisk helpt haar leden om zich voor te bereiden op een medische calamiteit met het boek *Het juiste doen, het doet er toe!*. Hierin worden ervaringen van bestuurders afgewisseld met concrete handreikingen van het IHI. Op een cd in het boekje staan praktische werkdocumenten voor het maken van een beheersplan voor de eigen organisatie. Het is geen standaardscenario voor alle ziekenhuizen. Daarvoor zijn de omstandigheden in ieder ziekenhuis te verschillend. Wel kunnen bestuurders, communicatiemanagers en andere betrokkenen op basis van de werkdocumenten zelf gemakkelijk hun bijdrage leveren aan het eigen beheersplan. In het plan staat bijvoorbeeld hoe een regieteam kan worden samengesteld en hoe gecommuniceerd kan worden met patiënt(en) en familie, betrokken professionals, de organisatie en ook haar omgeving.

Johan Dorresteijn steunt het initiatief van MediRisk: “Iedere calamiteit is anders, net als bij een rampenplan moet je flexibel met een beheersplan weten om te gaan. Maar een gestructureerde aanpak is in iedere situatie noodzakelijk. Daar kan het basisbeheersplan van MediRisk bij helpen.” De Groot sluit af: “De ontwikkeling van een beheersplan zorgt ervoor dat men vooraf nadenkt over wat er kan gebeuren en wat er moet



gebeuren. Een goede voorbereiding en gebruik maken van de ervaring die er is in de organisatie, is cruciaal. Het voorkomt dat de afhandeling van een calamiteit, een calamiteit op zich wordt! “ Begin oktober heeft MediRisk het boek *Het juiste doen, het doet er toe!* gepresenteerd tijdens de besloten jubileumconferentie over medische calamiteiten. De suggestie werd toen gedaan om vanuit MediRisk een expertteam samen te stellen dat de leden bij een calamiteit kan ondersteunen met adviezen en kennis over specifieke onderwerpen, zoals communicatie en crisismanagement. Het expertteam zou kunnen bestaan uit experts en ervaringsdeskundigen uit verschillende sectoren. MediRisk onderzoekt de mogelijkheden hiertoe. •



Diverse bestuurders waren aanwezig bij de jubileumconferentie over leiderschap bij medische calamiteiten. Zij gingen met elkaar in gesprek over hoe om te gaan met medische calamiteiten.

foto's: Clickshots

## Aandacht voor de professional

Second victims worden ze genoemd: de professionals die betrokken zijn bij een incident of calamiteit. René Brouwer is internist in het Medisch Spectrum Twente en lid van de Raad van Bestuur, met patiëntveiligheid in portefeuille. “Ik weet uit eigen ervaring hoe het voelt als iets vreselijk mis is gegaan. De schrik is enorm en het is lastig helder te denken. Daarom is het belangrijk om hulp van anderen in te schakelen. Hulp bij de zorg voor de patiënt, hulp bij het begeleiden van de familie, hulp bij het zetten van de juiste vervolgstappen. Vooral als daarbij een fout moet worden erkend. Dat brengt mensen in een spagaat.”

“In die situatie is het belangrijk dat je als zorgverlener weet dat er iemand klaar staat, bij wie je terecht kunt voor een advies. De mogelijkheid tot ruggespraak. Mag je zeggen dat het je spijt? Wat vertel je over de toedracht? Moet de gemeentearts worden ingeschakeld? Voor de professional zelf is het bovendien van belang te weten dat de organisatie jou als professional bij het analyseren van een eventuele fout, ‘fair and just’ zal behandelen. Dit stimuleert openheid. Openheid waardoor vergelijkbare calamiteiten in de toekomst voorkomen kunnen worden.”

Aanpak om schade sneller af te handelen effectief

# ‘Het kan en moet sneller en transparanter’

Gemiddeld duurde de afhandeling van een claim vorig jaar twee jaar en drie maanden. Voor patiënten en andere betrokkenen zijn een voortvarende claim-behandeling en duidelijkheid over het proces erg belangrijk. MediRisk werkt actief aan versnelling van de claimbehandeling en aan transparantie. Inmiddels vergt de afhandeling van een claim al weer enkele maanden minder. Manager Schadebehandeling Melchior Spies van MediRisk verwacht dat het nog sneller kan, met in totaal een half jaar tijdwinst. Zeker nu elk ziekenhuis een vaste MediRisk-schadebehandelaar heeft, oude zaken versneld worden afgehandeld en een overeenkomst is gesloten met Pals Groep letselschadespecialisten, DAS en Achmea. We nemen de belangrijkste winstpunten onder de loep.



Met de start van Ebbo van Gelderen en Marjoleine van de Zwan in 2010 als nieuwe bestuurders is MediRisk een nieuwe koers gaan varen. Een nieuwe missie en visie werden geformuleerd en nieuwe mensen werden aangetrokken. Eén van hen is Melchior Spies. Hij werkt sinds april 2011 bij MediRisk als manager van de afdeling Schadebehandeling. De jurist, die eerder processen optimaliseerde bij Schiphol, heeft de vaart er sindsdien flink in. Samen met zijn afdeling nam hij lopende dossiers door en stelde een top zeven van maatregelen op die de behandeling van schade kunnen versnellen. Diverse acties zijn al in gang gezet. “We hebben gekeken welke processtapen er zijn, hoe lang die duren, welke partijen en belangenbehartigers we tegenkomen en hoe we met bedrijven afspraken kunnen maken om de doorlooptijd te verkorten. Want zaken sneller afronden, daar heeft iedereen baat bij, op de eerste plaats natuurlijk de patiënt, maar ook het ziekenhuis en de betrokken arts.”

### Vaste onafhankelijke deskundigen

Als eerste stap noemt Spies het raadplegen van een onafhankelijke deskundige. Wanneer de belangenbehartiger een extra onderzoek wenst, bijvoorbeeld als MediRisk de schade niet erkent, wordt een onafhankelijk hoogleraar gevraagd zijn of haar visie te geven. “In de praktijk verlies je hier zomaar een jaar mee. Eerst ben je een half jaar aan het overleggen wie die deskundige moet zijn, en daarna nog eens een half jaar over de vragen waarmee hij aan de slag gaat. Dat moet sneller kunnen. Daarom stellen we nu met zoveel mogelijk belangenbehartigers van patiënten een lijst van deskundigen op waarin beide partijen zich kunnen vinden. Dan heb je daar alvast geen discussie meer over. Daarnaast gaan we werken met een vaste conceptvraagstelling die je per zaak op maat maakt. Ook dat scheelt.” Het is één van de grote winstpunten in de top zeven. Een ander winstpunt is het effectiever verzamelen van gegevens, zoals het opvragen van dossiers bij verschillende zorgverleners en machtigingen bij de wederpartij. Voorheen was dit een taak van de juristen, maar inmiddels is het werk overgeno-

men door het secretariaat. “Het secretariaat weet hoe je het overzicht bewaakt en zit er bovenop. Bovendien is ons intranet zo ingesteld dat er een alert verschijnt als gegevens binnen een bepaalde termijn nog niet binnen zijn.”

### Heldere vergoeding advocaat

Als derde punt noemt Spies de discussie over de vergoeding van de belangenbehartiger. “Het geldt dat de patiënt moet betalen aan zijn advocaat, moet MediRisk betalen als de wederpartij in het gelijk wordt gesteld. Regelmatig is er discussie over de bestede uren en de hoogte van het uurtarief; tot de rechtbank aan toe. Je kunt je voorstellen dat zoiets enorm afleidt van de eigenlijke kwestie.” Ook dat is inmiddels opgelost, in elk geval in zaken waarbij Pals Groep Letselschadespecialisten namens de patiënt betrokken is. En met acht vestigingen in heel Nederland is dat vaak het geval, vertelt kwaliteitsmanager Marcel Garst van Pals Groep: “Vanuit andere letselschadezaken, zoals verkeersongelukken, werken we al met de zogenaamde PIV-staffel. Deze landelijke norm van het Personenschade Instituut van Verzekeraars bepaalt >



Melchior Spies:  
“Een half jaar  
tijdswinst is  
mogelijk”

foto: Pals Groep



**Marcel Garst:**  
"Samen tot een oplossing komen"

de hoogte van de vergoeding door eenvoudigweg een vastgesteld percentage te nemen van het schadebedrag. Daarmee haal je meteen het conflict uit de discussie. Uren en uurtarief doen er niet meer toe. Dan blijven alleen nog de honorariumkosten van de medisch adviseur over en die rekenen we aan het eind van de rit af." Garst is blij dat Pals Groep en MediRisk zo snel tot een overeenkomst konden komen. "MediRisk is net als wij marktleider en heeft steeds feeling gehouden met onze branche. De tijd dat we in de loopgraven tegenover elkaar stonden, is voorbij. We hebben allebei onze eigen opdrachtgever, maar proberen wel samen tot een oplossing te komen. In harmonie. Het regelen van onze vergoeding via een vaste stafel maakt dat makkelijker." Garst vertelt dat beide partijen ook

opnieuw kijken naar mogelijkheden om langlopende zaken vlot te trekken en bij nieuwe zaken veel sneller met verzekeraar, belangenbehartiger en patiënt om tafel gaan. "Zelf hebben we ons beleid recent gewijzigd door onze diensten waar mogelijk kosteloos aan te bieden. Dan moet degene die wil claimen wel eerst door een medische keuring, waardoor direct helder is of een aansprakelijkstelling zinvol is. Zo weten alle partijen dat elke zaak die wij aanklaarten serieus te nemen is. Dat we niet zomaar een ballonnetje oplaten."

### Old case team

Net als Garst is Spies enthousiast over de harmonieuze samenwerking, waarbij bijvoorbeeld ook afspraken zijn gemaakt over de gang naar de rechter en hoe je samen kunt proberen die te voorkomen. Het is nummer vier uit de top zeven. "Stel, we komen er samen niet uit, MediRisk en belangenbehartiger. Dan vragen we de wederpartij te wachten met de start van een rechtszaak tot de senior juristen van MediRisk en Pals Groep nog een keer goed hebben overlegd. Je zult zien dat er af en toe toch een oplossing mogelijk is. Niemand zit te wachten op een proces." Daarnaast verwacht Spies veel van het onlangs ingestelde old case team, waarbij we oudere claims inventariseren en afhandelen. We kijken waar versnelling mogelijk is en pakken dat vervolgens direct op. Bijvoorbeeld door het contact te hernieuwen, langs te gaan, te kijken of een schikking mogelijk is. Eén van de externe schaderegelaars is jurist Lodewijk de Wijkerslooth. Samen met collega Frans de Jager heeft hij een 'screening' gedaan op incidenten die in 2005 of langer

## Hoeveel tijd kost de behandeling van een claim?

Patiënten en/of nabestaanden hebben graag zo snel mogelijk duidelijkheid over een claim en een eventuele vergoeding. Samen met belangenbehartigers maakt MediRisk dan ook afspraken om claims zo snel mogelijk te behandelen. De afgelopen jaren worden claims sneller afgehandeld dan voorheen. De in 2010 geïntroduceerde gedragscode GOMA draagt er aan bij dat nu 65% van de claims binnen twee jaar is behandeld.

In het diagram hieronder staat informatie over de doorlooptijd van claims. Te lezen is bijvoorbeeld dat 16% van de claims binnen een jaar is afgehandeld.

Gegevens inclusief dienstverlening aan derden

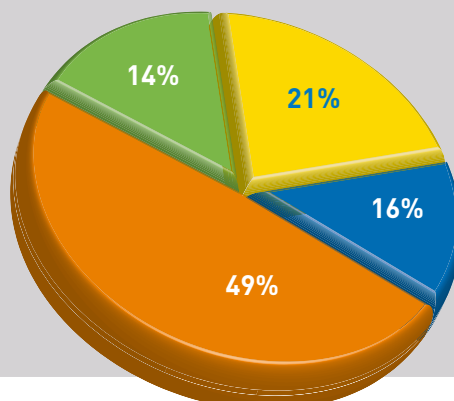


foto: Bovenrij Ziekenhuis



Linda Vanbijlevelt-Kütscher: "Mijn schadecontactpersoon bij MediRisk voelt zich bijzonder verantwoordelijk"

geleden plaatsvonden. In totaal hebben zij zo'n 200 zaken bestudeerd. Na een grondige analyse komt 70 procent daarvan in aanmerking voor versnelling. Hoe gaat dat in zijn werk? De Wijkerslooth: "Met de betrokken schadejurist van MediRisk bespreken we het dossier en kijken we naar de mogelijkheid van een interventie. Zijn we het eens, dan neemt het old case team het dossier tijdelijk over. We nemen contact op met het ziekenhuis, de belangenbehartiger en de patiënt, maken een afspraak en geven aan wat onze opdracht is: de zaak tot een goed einde brengen. Het kan een opening zijn om de patstelling te doorbreken. Zodra we hebben vastgesteld waar knelpunten liggen, proberen we knopen door te hakken. Bijvoorbeeld over medische aspecten die ter discussie staan.

Of door mediation voor te stellen. Voordeel daarvan is dat men vrijuit kan spreken, niet elk woord hoeft te wegen en het gesprek echt op gang kan komen. En dan is het kijken of je er samen uitkomt, in nauw overleg met het betrokken ziekenhuis. Inmiddels is de behandeling van 50 dossiers afgerond en hebben de betrokken patiënten duidelijkheid."

### In gesprek en minder partners

"Belangrijk in deze aanpak is dat je probeert de eventuele emotie in een zaak te benoemen", zo benadrukt De Wijkerslooth. "Dan pas kun je echt met elkaar in gesprek komen en recht doen aan patiënt en zorgprofessional. Waarom zaken soms zo lang lopen? Soms kristalliseert schade zich pas later uit, bijvoorbeeld als het om geboorteletsel gaat. Het kan ook zijn dat een fout pas wordt bemerkt als de patiënt bij een andere zorgverlener komt. Onze focus ligt vooral op die zaken, waarbij het goed is als de patiënt de ruimte en tijd krijgt zijn of haar verhaal te doen en waarbij niet echt duidelijk is waar exact de frictie zit. Nog een keer in gesprek gaan met onder meer de zorgverlener en de patiënt, kan dan een groot verschil maken", vertelt De Wijkerslooth. Als schaderegelaar heeft hij ook te maken met het zesde van de zeven actiepunten. Melchior Spies: "We brengen onze externe partners in schaderegeling sterk terug. We gaan uiteindelijk naar drie partners waarmee we heldere afspraken maken. In feite zijn het collega's op afstand, die dezelfde kernwaarden uitdragen als de schaderegelaar die bij MediRisk in dienst is. Zij kunnen namens MediRisk de vaak zware gesprekken met de patiënt voeren en tot een oplossing komen." >

## De behandeling van een claim in acht stappen

1. De patiënt ontvangt informatie over het vervolgtraject en krijgt het verzoek een machtiging te geven voor het inzien van medische gegevens (binnen 2 weken)
2. De patiënt stuurt de machtiging op
3. MediRisk benadert het ziekenhuis/andere zorgverleners voor medische informatie en wacht deze af
4. MediRisk wint medisch advies in op basis van de medische informatie
5. De medisch adviseur (veelal van MediRisk) stelt een medisch advies op
6. De jurist van MediRisk formuleert een standpunt
7. MediRisk stemt het standpunt af met het ziekenhuis en eventueel met de betrokken arts
8. De patiënt ontvangt het standpunt ten aanzien van de aansprakelijkstelling (binnen 3 maanden)



## Ook driegesprekken kunnen zorgen voor versnelling

In een vroeg stadium van de claimbehandeling vraagt MediRisk de patiënt of hij prijsstelt op een persoonlijk gesprek bij hem thuis. Op die manier krijgt hij de mogelijkheid zijn verhaal te vertellen en kan de schaderegelaar van MediRisk een toelichting geven op het schadeproces. Desgewenst is ook iemand van het ziekenhuis aanwezig. Deze zogenaamde driegesprekken kunnen een positief effect hebben op de snelheid waarmee een claim behandeld wordt. Het voorkomt dat een zaak onnodig gejuridiseerd wordt en de patiënt wordt waar mogelijk geholpen met concrete en op maat gesneden oplossingen. Veel patiënten maken gebruik van de mogelijkheid van een driegesprek.

### Vaste contactpersoon bij MediRisk

Tot slot verwacht Melchior Spies veel van de koppeling schadebehandelaar en ziekenhuis. Vroeger kregen ziekenhuizen bij elke claim te maken met een andere schadebehandelaar. Nu kan de schadecontactpersoon met één telefoontje of bezoek alle zaken binnen zijn of haar ziekenhuis doornemen met zijn of haar vaste contactpersoon. "Dat werkt prima", zo vertelt Linda Vanbijlevelt-Kütscher, secretaresse Raad van Bestuur en schadecontactpersoon van het hoofdstedelijke Bovenij Ziekenhuis. Sinds begin dit jaar heeft zij 'haar' vaste MediRisk-schadebehandelaar. "Vroeger stuurde je een claim naar

MediRisk en duurde het een tijdje voor je hoorde wie er op de zaak kwam. Op elke zaak zat iemand anders, mensen die je niet persoonlijk kende. Ik wist niet wanneer zij werkten, zij wisten niet wanneer ik werkte. Veel ging langs elkaar heen. Dat is nu anders. Je merkt dat hij zich bijzonder verantwoordelijk voelt voor een goede en snelle afhandeling. Als ik een tijdje niets van me laat horen, belt hij me op: 'Hoe is het? Loopt het allemaal?' Het contact verloopt gestructureerd en dat is noodzakelijk nu we werken volgens de GOMA-termijnen. Binnen drie maanden weet de belangenbehartiger van de patiënt dat MediRisk de zaak opneemt, heeft onze medisch specialist commentaar gegeven en heeft de patiënt een machtiging afgegeven. Wat mij betreft een 100 procentverbetering. En straks, als ik met zwangerschapsverlof ga, is mijn werk een stuk makkelijker over te dragen. Mijn collega hoeft alleen maar kennis te maken met mijn contactpersoon bij MediRisk. Oh nee, dat is zelfs al gebeurd! Mooi, dan kan ik er met een gerust hart even tussenuit."

### Zorgvuldigheid kost tijd

De komende tijd zullen claims dus sneller behandeld worden dan voorheen, zo belooft Spies. Hij benadrukt dat het belangrijk is realistisch te blijven en de verwachtingen van patiënten te managen: de behandeling van medische claims kost nu eenmaal veel tijd. Dat kun je over het algemeen niet in een paar maanden afronden. Het gaat vaak om complexe zaken die zorgvuldigheid vragen. En zorgvuldigheid kost tijd. Maar het blijft onze verantwoordelijkheid te zorgen voor een voortvarende schadebehandeling en transparantie naar betrokken patiënten en zorgprofessionals. Daar maakt MediRisk zich ook de komende jaren sterk voor."

## Versnelling en transparantie: de top zeven van MediRisk Schadebehandeling

- Samen met letselschadebureaus spreekt MediRisk af welke deskundigen voortaan worden ingeschakeld voor een onafhankelijke expertise en er wordt gewerkt met een vaste conceptvraagstelling. Dit scheelt veel overleg en afstemming.
- MediRisk heeft de inventarisatie van informatie in relatie tot een claim efficiënter geregeld.
- Er zijn heldere afspraken gemaakt over de vergoeding van belangenbehartigers.
- We proberen een gang naar de rechter zoveel mogelijk te voorkomen door meer afstemming en dialoog.
- Een speciaal old case team probeert beweging te krijgen in zaken van voor 2005 en deze zo veel mogelijk af te ronden.
- MediRisk heeft een schaderegelaar in dienst genomen en beperkt het aantal externe partners voor schaderegeling.
- Elk ziekenhuis heeft een vaste schadebehandelaar bij MediRisk die zicht heeft op alle claims die MediRisk voor dit ziekenhuis in behandeling heeft.

# MediRisk ACTUEEL

20 JAAR | MediRisk

## Klachtenfunctionarissen te gast bij Luchthaven Schiphol

Meer dan vijftig klachtenfunctionarissen van leden uit het hele land hebben in oktober deelgenomen aan een speciale jubileumbijeenkomst over klachtenbehandeling op Schiphol. De deelnemers gingen op zoek naar crosslinks en ideeën waar de zorg haar voordeel mee kan doen. Tijdens een presentatie van het Customer Contact Center Schiphol werd duidelijk dat Schiphol jaarlijks te maken heeft met ongeveer 1850 klachten, meestal over materiële zaken. Schade of vermissing van bagage, dubbele betaling bij parkeren en klachten over vluchtinformatie behoren tot de top drie van klachten. In tegenstelling tot de klachtenbehandeling van ziekenhuizen wordt het klachtentrajec op Schiphol door een externe partij uitgevoerd. Deze neemt de melding aan, doet de registratie, leidt de klacht door naar de juiste afdeling en zorgt voor monitoring van het behandelproces. De klager ontvangt binnen 48 uur een ontvangstbevestiging en informatie over de afdeling die de klacht in behandeling heeft genomen. De klacht wordt decentraal behandeld. Over het algemeen is de klacht binnen tien dagen afgerond.

Een bezoek aan Schiphol is niet compleet zonder rondleiding. Een deel van de groep kon dankzij een bustour een kijkje nemen achter de schermen van de luchthaven. De andere deelnemers kregen een rondleiding in de bagagekelder. Net als de logistiek in ziekenhuizen is de bagageafhandeling een complex proces. Er wordt gewerkt met een track & trace systeem voor bagagestukken dat doet denken aan vergelijkbare processen in ziekenhuizen voor bijvoorbeeld operatiematerialen. MediRisk krijgt veel positieve reacties op de excursie. Sommige deelnemers concludeerden dat de klachtenopvang in hun organisatie goed op orde is, bijvoorbeeld als het gaat om de laagdrempeligheid, de snelheid en de aanpak op maat. Anderen waren onder de indruk van de strakke regie op Schiphol en de manier waarop men zich aan processen en protocollen houdt. MediRisk hoopt in 2013 opnieuw een bijeenkomst voor klachtenfunctionarissen te organiseren.



## Bijzondere prestaties van leden

### Niaz-accreditatie

In september heeft de Raad van Bestuur NIAZ besloten de instellingsbrede accreditatiestatus toe te kennen aan het Ziekenhuis Bernhoven te Oss en Veghel en dezelfde status van het Radiotherapeutisch Instituut Stedendriehoek en Omstreken (RISO) te Deventer te continueren.

### Ikazia meest patiëntvriendelijke ziekenhuis

Het Ikazia Ziekenhuis in Rotterdam is het meest patiëntvriendelijke ziekenhuis van Nederland en heeft daarmee een Nationale Zorg Jaarprijs 2012 gewonnen. De prijs is tot stand gekomen op basis van beoordelingen op waarderingssite ZorgkaartNederland.nl. Patiënten gaven het Ikazia vooral hoge waarderingen voor de deskundigheid en voor het feit dat patiënten er op hun gemak worden gesteld. De Nationale Zorg Jaarprijzen worden jaarlijks toegekend voor bijzondere zorgprestaties in Nederland.

### Top 3 AD: MediRisk-ziekenhuizen

Het Meander Medisch Centrum in Amersfoort mag zich volgens het Algemeen Dagblad het beste ziekenhuis van Nederland noemen. Het is al voor de negende keer dat het AD een Ziekenhuis Top 100 publiceert. Ook op de tweede en derde plaats staan MediRisk-ziekenhuizen: het Beatrixziekenhuis (Rivas Zorggroep) uit Gorinchem en het Wilhelmina Ziekenhuis uit Assen.

### Elsevier Beste ziekenhuizen

Twee MediRisk-leden krijgen de hoogste score in de nieuwste editie van *Elseviers 'De beste ziekenhuizen'*: het Flevoziekenhuis en Rijnstate voeren samen met Ziekenhuis Sint Jansdal en de MC Groep in Lelystad de lijst van 2012 aan. Rijnstate behoorde ook in 2011 al tot de winnaars. "Veilig voor de patiënt, nauwgezet en up-to-date in de medische zorg, betrouwbaar als organisatie, optimaal als voorlichter en begeleider van de patiënt. Dat is de maat voor een goed functionerend ziekenhuis", aldus weekblad Elsevier.

## Stopmomenten vergroten veiligheid

# Maatwerk in kaakchirurgie

Het gaat goed met de invoering van de time-outprocedure bij kaakchirurgische ingrepen op de OK. Het overgrote deel van de bij MediRisk aangesloten ziekenhuizen past deze procedure bij klinische kaakchirurgie toe. Bij poliklinische kaakchirurgische ingrepen ligt het tempo van invoeren helaas lager. Te veel omvattend, zo luiden de bezwaren. Daar is een oplossing voor.

Kaakchirurgie behoorde in de periode 2006-2010 tot de top vijf van meest risicovolle specialismen waarover MediRisk claims binnenkrijgt. De meeste claims op het gebied van kaakchirurgie hebben betrekking op zenuwletsel, verwisseling van elementen, beschadigde buurelementen en te veel geëxtraheerde elementen, zo bleek uit het schaderapport Kaakchirurgie dat MediRisk in 2011 opstelde. Naar aanleiding van dit rapport en in overleg met MediRisk, adviseerde de Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie (NVMKA) haar leden dan ook om een time-outprocedure te hanteren bij klinische en poliklinische ingrepen.

### Veelomvattend

Uit een enquête die MediRisk begin dit jaar onder haar leden hield, blijkt dat maar liefst 97 procent van de respondenten de time-outprocedure hanteert bij klinische ingrepen. Bij poliklinische

ingrepen is de procedure echter minder gebruikelijk. Slechts 15 procent van de respondenten maakt hierbij gebruik van de volledige time-outprocedure. De procedure zoals die bij klinische ingrepen wordt gehanteerd is lastig, zo blijkt uit de reacties. Te ingewikkeld, tijdrovend, te veel administratieve werkzaamheden, niet bewezen dat het daadwerkelijk leidt tot minder fouten, zijn opmerkingen die zijn gemaakt. Van de respondenten geeft 59 procent aan daarom gekozen te hebben voor een verkorte procedure die zij altijd hanteren. Van de veertien respondenten die geen volledige of verkorte time-outprocedure hanteren, geven er zes aan dat zij wel iets doen. Zo ligt controle besloten in het werkproces of er zijn criteria benoemd voor het toepassen van een time-outprocedure.

### Onvolkomenheden en risico's

Een verkorte time-outprocedure blijkt dus bij poliklinische kaakchirurgische ingrepen een aanvaardbaar alternatief.



Bernadet Valentijn

Maar volstaat een verkorte procedure in de behandelkamers? Ja, stelt de NVMKA. Ook met een korte procedure voorafgaand aan de ingreep kan vermijdbare schade worden voorkomen. En ook MediRisk stelt: een verkorte time-outprocedure is voor de behandelkamers in principe afdoende. Bernadet Valentijn, preventieadviseur bij MediRisk: "Een time-outprocedure is bedoeld om tijdig opmerkzaam gemaakt te worden op onvolkomenheden en risico's in het proces. De procedure wordt gelijktijdig door alle teamleden uitgevoerd aan de hand van een checklist. Denk bijvoorbeeld aan identiteit, verwisseling, antistollingsmedicatie, antibiotica, apparatuur en bekende allergieën. Karakteristiek voor de time-outprocedure zijn de zogenaamde stopmomenten: bij waarneming van een onduidelijkheid, fout of ontbrekende informatie stopt het zorgproces en vindt herstelactie plaats." Ook voor kaakchirurgische ingrepen kunnen deze stopmomenten van essentieel belang zijn bij het voorkomen van fouten, benadrukt Valentijn. "Met name de check ter voorkoming van verwisseling van operatiezijde of -plaats is essentieel. Met een verkorte time-outprocedure waarin dit onderdeel is meegenomen beperk je het risico van verwisseling al aanzienlijk. Voor poliklinische kaakchirurgische ingrepen is wat MediRisk betreft een time-out op maat dus heel goed mogelijk!"

## Uitslag enquête time-outprocedure

MediRisk heeft bij de leden getoetst of een (verkorte) time-outprocedure wordt toegepast bij (poli)klinische kaakchirurgische ingrepen, met als doel vermijdbare schade en claims te helpen voorkomen.

33 van de 34 respondenten (97%) hanteren een volledige time-outprocedure bij kaakchirurgische ingrepen op de OK. Twee van de 34 respondenten (6%) hanteren een verkorte time-outprocedure bij kaakchirurgische ingrepen op de OK (blijkbaar heeft een respondent beide antwoorden gegeven.) Zes van de 34 respondenten (18%) kennen het advies over de time-outprocedure voor de behandelkamers c.q. poliklinische OK van de NVMKA niet. Vijf respondenten (15%) hanteren een volledige time-outprocedure bij kaakchirurgische ingrepen op de behandelkamers c.q. poliklinische OK, de overige 29 (85%) respondenten niet. 20 van de 34 respondenten (59%) hanteren een verkorte time-outprocedure bij kaakchirurgische ingrepen op de poliklinische OK c.q. behandelkamers.

## Maatwerkoplossing voor aansprakelijkheidsrisico's

# Meer keuze met MediRiskMaatPolis

Als onderlinge verzekeraar stemt MediRisk haar dienstverlening graag zoveel mogelijk af op de wensen van haar leden. Dat geldt ook voor haar producten. Met de groeiende behoefte aan meer keuzemogelijkheden bij het afdekken van financiële risico's van medische aansprakelijkheid werd het tijd voor meer differentiatie in polissen en premies: voortaan kiezen leden zelf voor het risico dat bij hen past.

Geen ziekenhuis is hetzelfde en de verwachting is dat deze verschillen in de toekomst alleen maar groter worden. Het ene ziekenhuis kiest voor een meer algemeen karakter, het andere zal zich specialiseren. Het ene kiest voor schaalvergroting, het andere voor kleinschaligheid. En: het ene kiest liever voor zekerheid bij het afdekken van risico's, het andere aanvaardt een hoger eigen risico tegen een lagere premie. Hierdoor ontstaat meer en meer de behoefte aan maatwerk bij het afdekken van financiële risico's van medische aansprakelijkheid. MediRisk introduceert daarom per 1 januari 2013 een vernieuwd product: de MediRiskMaatPolis.

### Eigen risico op maat

Theunis Schaafstra, manager klant & advies bij MediRisk, licht de nieuwe polis van MediRisk toe: "De MediRiskMaatPolis biedt meer differentiatie in de hoogte van het eigen risico en de bijbehorende premie. Zo bepalen onze leden voortaan zelf de hoogte van het eigen risico per claim. Zij hebben daarbij de keuze uit een eigen risico van 5.000 euro, 25.000 euro, 50.000 euro of juist helemaal geen eigen risico per claim. In speciale gevallen kan ook de stop-loss-variant interessant zijn, zoals die ook elders in de markt gebruikt wordt." Dan gaat het vooral om de heel grote ziekenhuizen met een zeer gunstige schadehistorie. Hierbij worden geen individuele claims vergoed, maar is er een eigen risico per jaar. Ligt het totale schadebedrag boven een grenswaarde, dan vergoedt MediRisk de meerkosten. Schaafstra verwacht dat vooral de

lagere eigen-risicovarianten worden gekozen. "We zien dat tot nu toe iedereen kiest voor een eigen risico van nul of vijfduizend euro. Een enkele instelling overweegt een hogere eigen-risicovariant. Dat wijst erop dat de meeste leden zekerheid prettig vinden."

### Geen drempels om te melden

En er verandert meer. Tot nu toe werd de premieberekening gebaseerd op de

exploitatie en de specialismen van de te verzekeren organisatie en op het aantal meldingen en claims. Bij de nieuwe premieberekening vervalt het aantal meldingen voor het vaststellen van de premietoelage of -korting. Het aantal meldingen weegt niet meer mee. "Dat is belangrijk", stelt Theunis Schaafstra. "Het voorkomt veel discussie. Bovendien zijn meldingen belangrijk als input voor de preventieprogramma's die wij samen met de leden ontwikkelen.

Belemmeringen om meldingen te doen en claims in te dienen moeten zoveel mogelijk weggenomen worden. Om dezelfde reden heeft MediRisk geen behandlungsvergoeding per ingediende claim. Dat zie je niet zoveel in de markt. Ons doel is een deskundige en zorgvuldige claimbehandeling tegen realistische voorwaarden en premie. Wij moeten de totale balans nog opmaken, maar de reacties op de MediRiskMaatPolis tot nu toe zijn positief."



## De MediRiskMaatPolis, wat verandert er?

- De leden bepalen zelf het eigen risico en kunnen kiezen uit vijf varianten in plaats van één
- Een all-in oplossing tegen de financiële risico's van medische aansprakelijkheid
- Differentiatie in de premie is gebaseerd op de schadehistorie van een organisatie
- De meldingsfrequentie vervalt als factor in de premieberekening
- Herziening van de indeling in risicocategorieën van medisch specialisten



Preventie moet onherstelbare en ingrijpende fouten helpen voorkomen

# Voorkom fouten in de pathologie



De 66-jarige Maria neemt deel aan het bevolkingsonderzoek borstkanker. De uitslag is verontrustend en Maria wordt verwezen naar de mammapoli waar aan de hand van een afgenomen biopst borstkanker wordt vastgesteld. De borstoperatie die volgt, blijkt achteraf onnodig te zijn geweest. MediRisk onderzoekt hoe zij kan bijdragen om fouten zoals deze in de pathologie te beperken, samen met het veld.



Waar ging het mis bij Maria? Op basis van de uitslag van het biopt onderging Maria eerst een borstsparende operatie. In het preparaat van het weggenomen weefsel werden echter geen kwaadaardige cellen gevonden. Daarop werd een ander deel van de borstklier weggenomen, evenmin zonder kwaadaardige cellen als resultaat. Uiteindelijk volgde een borstamputatie. Toen ook daar niets werd gevonden, gingen de bellen rinkelen. Uit een herbeoordeling van het weefselpreparaat van de eerste, borstsparende operatie, bleek dat de kwaadaardige cellen wel degelijk aanwezig waren en goed waren weggenomen. Deze eerste operatie had volstaan. De claim die volgde op de behandeling van Maria kwam terecht bij MediRisk.

### Ingrijpende gevolgen

Het aantal claims dat MediRisk op het gebied van pathologie ontvangt bedraagt ongeveer een half procent van het totaal aantal ontvangen claims en is relatief gezien niet veel. Maar onderzoek naar risico's en claims bij pathologie, dat arts en onderzoeker Joris van der Putten uitvoerde voor MediRisk, duidt erop dat er veel vaker iets mis gaat rondom een pathologisch onderzoek. Vanaf de OK tot en met de rapportage, bijvoorbeeld door onjuiste weefselafname of labeling, door fouten in de identificatie, door verwisseling en door verkeerde diagnoses. "Vaak worden deze fouten nog tijdens het proces hersteld zonder schade tot gevolg. Maar de schades die wel ontstaan zijn zeer ingrijpend en zelfs onherstelbaar", aldus Patricia Boelhouters, preventieadviseur bij MediRisk. "Iedere overbehandeling als gevolg van een fout, zoals in het geval van Maria, is er één te veel. En ook onderbehandeling door bijvoorbeeld verwisseling van afgenomen weefsel kan grote gevolgen hebben. Dit is voor MediRisk reden om te onderzoeken hoe wij kunnen bijdragen om fouten op het gebied van pathologie verder te beperken."



Foto: Pathan

### Verwisselingen en foute diagnoses

De ondersteuning van MediRisk kan bijvoorbeeld plaatsvinden in de vorm van risicoscans en advisering. Of door het ontwikkelen van vangnetten, zoals die eerder voor de Spoedeisende Hulp en de Operatieafdeling werden ontwikkeld. De vraag is echter waaraan het veld behoefte heeft? "In het kader van het VMS-veiligheidsprogramma gaat er veel aandacht uit naar het voorkomen van fouten in de laboratoria", aldus Folkert van Kemenade, secretaris van de Nederlandse Vereniging Voor Pathologie (NVVP). "In de pathologie vinden relatief veel handelingen plaats waarbij verwisselingen kunnen optreden, maar er kan ook veel worden gedaan om die fouten te voorkomen. Zo stimuleren wij het gebruik van barcodes en adviseren wij dezelfde bioptsoorten gescheiden van elkaar in te schrijven. Dit beperkt het risico op bijvoorbeeld verwisseling in het lab. Maar ook in de analytische fase zijn er risico's. Pathologen onderkennen dit en consulteren steeds vaker intern een collega om foute diagnoses te voorkomen, zeker bij biopten waar veel van

afhangt. Verder kun je ook denken aan het instellen van volumennormen om ervaring te borgen."

Van Kemenade: "Een zeer belangrijke stap in het voorkomen van fouten is het invoeren van kwaliteitssystemen waarmee fouten en afwijkingen worden >



Foto: Pathan

Jurgen Woerdman: fouten liggen altijd op de loer, wees je daarvan bewust

Foto: Meander Medisch Centrum



**John van Marsdijk:**  
steeds op zoek naar mogelijkheden  
om risico's te beperken

Foto: Symbiant



**Mehdi Jiwa:**  
double reading móet om kwaliteit  
en veiligheid te waarborgen

geregistreerd en gevolgd door verbeteracties. De NVVP zit er hard achteraan dat laboratoria deze cyclus invoeren. Ik denk dat het veld daarmee zelf een heel grote stap zet om fouten te voorkomen. Ik zie daarom niet zozeer een rol voor MediRisk weggelegd bij het invoeren van vangnetten, wel mogelijk bij andere zaken.”

### Veel mogelijkheden

Jurgen Woerdman is directeur van Pathan, de Stichting laboratorium Pathologie en Cytologie in Rotterdam die is aangesloten bij MediRisk. Woerdman ziet een rol voor MediRisk op het gebied van onderzoek: “Het is belangrijk dat we eerst een beter beeld hebben van het grotere geheel. Waar gaat het relatief vaak mis en wat zijn de trends daarin? Als MediRisk die gegevens boven water

heeft, kan meer gericht actie worden ondernomen. Want een groot deel van de fouten wordt al gesignaleerd en hersteld door eigen vangnetten in de laboratoria.” Pathan is één van de grootste pathologielaboratoria in Nederland. Ondanks de kwaliteitsvoordelen van grote aantallen pathologische onderzoeken kan er toch altijd wat misgaan. Woerdman: “Het allerbelangrijkste om missers te voorkomen is dat analisten en pathologen zich ervan bewust zijn dat fouten op de loer liggen en dat zij weten dat er ruimte en tijd is om fouten te bespreken. Verder zijn we, naast verbeteringen in het kader van CCKL-accreditatie en de invoering van vangnetten als gevolg van bijvoorbeeld audits, voortdurend op zoek naar praktische mogelijkheden om fouten verder te voorkomen. Dit levert ontzettend veel op. Zo hebben we DSM

gevraagd onze processen door te lichten, waaruit een beter beheer van chemicaliën is voortgekomen. Ook de techniek biedt steeds nieuwe mogelijkheden, we beschikken over glasprinters waarbij de objectglazen worden geprint op het moment dat de analist ze nodig heeft met het preparaat erbij. Dat geeft minder kans op verwisselingen. Je kunt ook denken aan verdere digitalisering van preparaten, waarmee herbeoordelingen steeds beter mogelijk zijn.”

### Risico's in kaart

Ook in Meander Medisch Centrum in Amersfoort richt de aandacht zich onder meer op de inzet van techniek. “Ons nieuwe ordermanagementsysteem is gekoppeld aan het ziekenhuissysteem. Daardoor kunnen registratiefouten worden voorkomen”, aldus John van Marsdijk, manager van het Klinisch Pathologisch Laboratorium. “Wij zijn voortdurend op zoek naar mogelijkheden om risico's te beperken. Dat gebeurt bijvoorbeeld aan de hand van de kwaliteitsrichtlijnen van de NVVP, maar ook aan de hand van audits. Onlangs is een interne werkgroep gestart met het in kaart brengen van alle mogelijke risico's die zich in het totale proces kunnen voordoen. Wanneer je risico's in kaart hebt, kun je gericht werken aan verbeteringen. Al met al kennen we zo de potentiële risico's en kunnen we ze oppakken. Maar het is natuurlijk altijd goed, als een externe blik van bijvoorbeeld MediRisk het proces bekijkt. Een externe blik brengt je vaak op nieuwe aandachtspunten.”

### Open en veilige cultuur

Van Marsdijk benadrukt het belang van de betrokkenheid en scherpheid van medewerkers. “Om de betrokkenheid bij medewerkers te stimuleren laten we medewerkers van de OK en analisten van het laboratorium bij elkaar in de

keuken kijken om te ervaren wat de gang van zaken is, waar de hectiek ligt en hoe belangrijk het is over de juiste gegevens te beschikken. Hierdoor beschikken we over mensen die hun werk open durven te stellen voor anderen, alert zijn op risico's en mee willen denken over verbeteringen. Zulke mensen heb je nodig."

Die mening deelt Van Marsdijk met Mehdi Jiwa, directeur van Symbiant Pathology Expert Centre. "Ik ben ervan overtuigd dat veel fouten kunnen worden voorkomen door de focus te richten op cultuur en gedrag in een organisatie. Dan gaat het bij medewerkers om alertheid, commitment en het vertrouwen in elkaar om meningen te delen en taken over te dragen. De kans op fouten kan ook worden verkleind door bijvoorbeeld subspecialisatie, double reading en de inzet van pathologists' assistants. Maar het gaat vooral ook om de juiste focus van het management op een open en veilige cultuur." Jiwa vervolgt: "Naar mijn mening zijn er nog te veel partijen die financiële doelstellingen laten prevaleren boven kwaliteit en veiligheid. Zo is het onzin om te stellen dat double reading te veel capaciteit vergt om het in alle gevallen toe te passen. Het móet, om kwaliteit en veiligheid te waarborgen. En het gebeurt bij ons. Voor multidisciplinaire overleggen geldt hetzelfde: pathologen moeten hun eigenwijsheid laten varen en meer tijd inruimen om in een multidisciplinair overleg een ziektebeeld gezamenlijk te beoordelen. De gevolgen van een diagnose zijn vaak zeer ingrijpend, daar kun je niet voorzichtig genoeg mee zijn. Toch gebeurt het nog veel te weinig. En het lijkt er niet op dat laboratoria zelf in staat zijn dit te doorbreken." Wat Mehdi Jiwa betreft zijn eventuele vangnetten van MediRisk dan ook meer dan welkom. "Het veld is nog lang niet zelfreinigend genoeg." •



# Audit in de tropen



**Willemstad, Curaçao, juli 2012. MediRisk-preventieadviseurs Bernadet Valentijn en Bart Jongbloed zetten voet op Caribische bodem. Het tweetal heeft een kleine vijf dagen voor een audit bij Sehos, het nieuwste lid van MediRisk en dat betekent: de mouwen opstropen en meteen aan de slag in het Sint Elisabeth Hospital Curaçao.**

De belangrijkste activiteit van de preventieadviseurs is het maken een risico-inventarisatie op de Spoedeisende Hulp, OK, Intensive Care en aanpalende afdelingen. Op basis van de aanbevelingen van MediRisk kan het ziekenhuis aan de slag met een plan van aanpak. De audit is een voorwaarde voor Sehos om lid te zijn van MediRisk. Het ziekenhuis neemt dan ook zelf de kosten voor zijn rekening. Bestuurssecretaris Indra Rossen-Lucasius is blij met deze kans op een goede aansprakelijkheidsverzekering.

### **Hordes nemen**

“Voor Sehos is aansluiting bij een medische aansprakelijkheidsverzekeraar niet eenvoudig”, zo vertelt Indra Rossen. “Het is moeilijk om aan alle eisen te voldoen, omdat we maar net het hoofd boven water kunnen houden. Tot maart waren we aangesloten bij een verzekeraar in Engeland, maar dat voldeed niet. Er was nauwelijks contact en al helemaal geen feedback. Bovendien moesten we alle Nederlandstalige correspondentie in het Engels vertalen.” Dat die taalbarrière nu genomen is, is nog de minste winst, vertelt Rossen. “Is er nu een klacht, dan stelt MediRisk een onderzoek in, wordt zo nodig een tweede opinie geregeld, eventueel een advocaat ingeschakeld. Bovendien zijn we perfect op de hoogte van de status, ongekend!”

Om het lidmaatschap invulling te geven, moet het ziekenhuis nog wel een aantal hordes nemen. “We hebben het bijvoorbeeld gehad over onze behoefte aan medium care. In sommige gevallen is het gat tussen intensive care en de gewone verpleegafdeling te groot. Dat betekent dat mensen soms te lang op de IC blijven of juist te kort en er dan toch weer belanden. Een mogelijke oplossing is medewerkers op de verpleegafdeling opleiden om medium care te kunnen vervullen. Of er in ieder geval voor te zorgen dat er altijd één verpleegkundige aanwezig is die speciale zorghandelingen kan verrichten. Dan hoef je niet meteen een hele nieuwe afdeling op te zetten.”

### **Wakker schudden**

Rossen noemt ook het gebouw dat al jaren een doorn in het oog is. “Iedereen weet dat het oud en inefficiënt is. En dat een nieuw gebouw veel risico's zou oplossen. Zo zijn de OK en Centrale Sterilisatie in de oudbouw twee op zichzelf staande eilandjes. Als je deze in een nieuw gebouw zou kunnen koppelen, zou de communicatie direct verbeteren.” Rossen ziet het voorlopig nog niet gebeuren. Voor de bouw van een nieuw ziekenhuis is Sehos afhankelijk van de overheid, en de politieke situatie is dynamisch te noemen. Toch blijkt ook in de huidige situatie betere communicatie en samenwerking mogelijk, ziet Rossen na het

bezoek van MediRisk. “Je zou medewerkers bijvoorbeeld een koffiekamer kunnen laten delen. Het zijn van die kleine veranderingen die je zelf ook had kunnen bedenken, maar vreemde ogen zien meer, schudden wakker.”

Navraag bij MediRisk-preventieadviseur Bart Jongbloed leert dat het ziekenhuis inderdaad meer gebruik kan maken van de aanwezige interne deskundigheid. “Want de expertise is er! Zo kan de ziekenhuishygiënist al snel een waardevolle bijdrage leveren en met zijn of haar deskundige blik protocollen van andere afdelingen evalueren, aanscherpen of juist overboord gooien. Hetzelfde geldt voor een technische dienst. Soms levert het dichtens van een paar kieren al een grote kwaliteitsverbetering op. Meer en structureel over de grenzen van de eigen afdeling heen kijken, is denk ik wel de rode draad van de aanbevelingen. En dit zijn voor Sehos haalbare verbeteringen. Als MediRisk adviseren we graag over wat wél mogelijk is op de meest risicovolle afdelingen, met weinig middelen en in een compleet andere cultuur. Waar de hoofdzuster nog ontzag inboezemt en patiënten niet snel zelf een klacht indienen.” Rossen: “MediRisk kijkt niet alleen met een Nederlandse bril, maar ziet de realiteit van het eiland. Met dit soort praktische aanbevelingen kun je meteen aan de slag.” >



Foto: Sehos

### Poli aan huis

Maar wat is dan die realiteit? Rossen vertelt over specialisten die naast hun werk in het ziekenhuis ook nog een 'oficina' of poli aan huis hebben. "Die situatie willen we nu afbouwen. Als een arts bij een probleem in het ziekenhuis eerst nog twee mensen in zijn eigen praktijk moet afhandelen, kan dit moeilijkheden opleveren voor de klinische zorg. We zien dat de kwaliteit met sprongen vooruit gaat als we specialisten een poli in het ziekenhuis kunnen bieden." Een andere, misschien wel lastiger realiteit is de complexe verhouding met de overheid. De meeste patiënten zijn verzekerd via de overheid, maar de overheidstarieven dekken hun zorgkosten al jaren niet. En ook de grootse overheidsplannen voor het nieuwe ziekenhuis komen maar niet van de grond. "Bovendien hebben we sinds twee jaar een gewijzigde

staatsrechtelijke band met Bonaire, Saba, Sint Eustatius en Sint Maarten. Bewoners van die eilanden gaan tegenwoordig naar Colombia en Guadeloupe voor operaties. Daardoor is onze regiofunctie deels achteruit gehold." De Raad van Bestuur doet er alles aan om die trend te doorbreken en weer preferred hospital worden. Ook de medische staf neemt daarin een actieve positie in. De ISO-certificering van het lab is in aantocht; de eerste van vele, is het streven. Ook is er een afdeling voor hartkatheterisatie in ontwikkeling en visiteert het Universitair Medisch Centrum Groningen de Intensive Care, Radiologie, Neurochirurgie, verpleging en acute afdelingen. "Er gebeurt van alles en dat moet ook. We willen koste wat het kost voldoen aan de eisen van MediRisk, de kwaliteit van zorg verbeteren en daarvoor onze risico's op schade reduceren.

Wat ik zelf de grootste eyeopener van het bezoek vond? Dat auditors ook dingen zien die goed gaan. Elke dag ben je bezig met het oplossen van situaties. Het lijkt of ik van probleem naar probleem hol. En dan hoor je dat er vooruitgang is geboekt, dat de apparatuur er goed uitziet en dat onze mensen goed gemotiveerd zijn. Dan maakt mijn hart toch een sprongetje!" •



### Caribische leden van MediRisk

Zo'n 70 procent van de algemene Nederlandse ziekenhuizen is lid van MediRisk. Op het Caribisch deel van het Koninkrijk zijn aangesloten:

- Fundashon Mariadal/San Francisco Hospital (Bonaire)
- Sint Maarten Medical Centre (Sint Maarten)
- Stichting Sint Elisabeth Hospital Curaçao, afgekort Sehos (Curaçao)
- Stichting Ziekenverpleging (Aruba)

# MediRisk ACTUEEL

## Nieuwe medewerkers



**Theunis Schaafstra,**  
manager klant & advies

### Meer service, sterkere binding

Theunis Schaafstra is de nieuwe manager klant & advies bij MediRisk. Hij is bedrijfskundige en bekleedde de afgelopen veertien jaar diverse functies in het verzekeringsvak bij Achmea. In binnen- en buitenland werkte hij voor de zorgverzekeraar aan organisatieverbeteringen en verhoging van de kwaliteit van dienstverlening. Ook bij MediRisk gaat hij daar mee aan de slag.

“MediRisk is sterk in praktische advisering en ondersteuning van haar leden. Die kracht willen we nog verder uitbouwen door onze diensten te revitaliseren en nog verder af te stemmen op de wensen van onze leden. Een belangrijke stap in die richting is gezet met de inrichting van de regiocontactteams waarin kennis van preventie, polisbeheer en schadebehandeling verenigd zijn. En er zullen meer stappen volgen. Onze positie in het kennisnetwerk kan bijvoorbeeld nog verder versterkt worden, zodat we alert blijven op nieuwe ontwikkelingen en dit door kunnen geven aan de leden en beroepsorganisaties. Graag ga ik in gesprek met onze leden om te spreken over deze en andere ontwikkelingen. Door korte communicatielijnen met en inzicht in de praktijk kunnen we de dienstverlening van MediRisk nog verder optimaliseren.”



**Marike de Man,**  
schaderegelaar

### Maatwerk in schaderegeling

“Een eigen schaderegelaar stelt MediRisk in staat snel te reageren als iemand een claim indient en de claim zo praktisch mogelijk te behandelen. Na een incident kunnen we een patiënt thuis bezoeken, zodat hij de mogelijkheid krijgt zijn verhaal te vertellen. Wij kunnen een toelichting geven op het schadeproces en de patiënt waar mogelijk helpen met concrete en op maat gesneden oplossingen. Deze driegesprekken stellen ons in staat concreet vorm te geven aan onze kernwaarden alert, inlevend, samen en zorgvuldig. Inleven in de situatie van een patiënt, alert zijn op het aanreiken van mogelijkheden en daarna samen de schade kunnen afwickelen op een zorgvuldige manier. De komende tijd staan tientallen driegesprekken met patiënten gepland. Onze doelstelling is om schade en jurisdisering zoveel mogelijk te voorkomen: een win-winsituatie dus. Tijdens huisbezoeken spreken patiënten hun waardering uit voor het feit dat er een persoonlijk gesprek met hen plaatsvindt. Uit de tijd dat ik als belangenbehartiger werkte, weet ik hoe benadeelden zoals patiënten die een claim hebben ingediend, benaderd willen worden. Graag lever ik mijn bijdrage aan deze vernieuwde werkwijze van MediRisk.”

### mijnmedirisk.nl

De pilot van [www.mijnmedirisk.nl](http://www.mijnmedirisk.nl) onder drie van onze leden is afgerond. Hiermee zijn de specificaties benoemd waaraan de definitieve versie van [www.mijnmedirisk.nl](http://www.mijnmedirisk.nl) moet voldoen. De website moet de leden 24/7 toegang geven tot onder meer vertrouwelijke claim- en polis informatie en informatie over de voortgang van dossiers. Vanwege de privacygevoelige informatie die bij mijnmedirisk.nl uitgewisseld wordt, nemen we de tijd alle maatregelen te treffen die noodzakelijk zijn voor een veilige, zorgvuldige inrichting en implementatie. Als gevolg hiervan is besloten de website voor leden later op te leveren dan gepland, naar verwachting in het tweede kwartaal van 2013.

### LetselschadeNEWS: voor betrokkenen bij letselschade

MediRisk maakt sinds kort deel uit van de redactie van het blad LetselschadeNEWS, dat speciaal wordt gemaakt voor alle betrokkenen bij letselschadezaken. Het blad staat voor de mogelijkheden en uitdagingen die letselschade door een ongeval met zich meebrengen. Daarbij staan de wensen en verlangens van het slachtoffer centraal. Naast persoonlijke verhalen van hen staan in het blad ook artikelen over innovatieve ontwikkelingen in de letselschadebranche. MediRisk hoopt de lezers ook nader te informeren over medische aansprakelijkheidszaken.



## NFU en NVZ onderschrijven het belang van gedragscode

# GOMA ondersteunt in emotionele situaties

Het is niet gemakkelijk een patiënt te informeren over een medisch incident. In een open gesprek over wat er gebeurd is en hoe nu verder kunnen gevoelens van falen, angst, wantrouwen en boosheid flink in de weg liggen. Hiervoor werd in 2010 de GOMA geïntroduceerd: een praktische gedragscode die ondersteuning biedt in vaak emotionele en onoverzichtelijke situaties. Ook de NVZ Vereniging van ziekenhuizen en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra onderschrijven het nut en de noodzaak van de GOMA nu.

## Gedragscode GOMA: helderheid bij medische incidenten

Patiënten die te maken hebben met onbedoelde medische schade die mogelijk veroorzaakt is door een medische fout, kunnen terugvallen op de gedragscode GOMA. Deze zorgt voor optimale helderheid voor patiënten na een medisch incident. Zo is in deze code vastgelegd dat patiënten kunnen beschikken over volledige dossiers. Ook moet de GOMA - dat staat voor Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid - een vlotte afwikkeling van een klacht of claim bevorderen. Dat betekent bijvoorbeeld dat een patiënt in principe binnen drie

maanden moet horen of aansprakelijkheid wordt erkend of afgewezen (zie ook pagina 11). De GOMA doet bovendien aanbevelingen voor goede communicatie tussen patiënt en zorgaanbieder. De gedragscode stelt de patiënt centraal en is bedoeld voor mensen die van mening zijn dat zij mogelijk schade hebben opgelopen door onjuist handelen van een hulpverlener of zorgorganisatie.

### Nieuwe uitgave GOMA

Om te zorgen voor een adequate implementatie en doorontwikkeling van de gedragscode werd de Permanente Commissie van de

GOMA opgericht. Het afgelopen jaar heeft deze commissie zich onder andere ingezet om de toelichting op aanbeveling 7 aan te scherpen. Deze toelichting werd herzien en goedgekeurd door het platformoverleg van de Letselschaderraad en ook de NFU en NVZ. In de nieuwe (derde) uitgave van de GOMA die deze zomer verscheen is de steun van NFU en NVZ dan ook duidelijk zichtbaar terug te vinden op de binnenzijde van de cover. De digitale versie van het boekje is te vinden op [www.deletselschaderraad.nl](http://www.deletselschaderraad.nl). Op deze site kunnen ook exemplaren van het boekje besteld worden.



Aanbevelingen voor de zorgaanbieder: adequaat reageren op incidenten

1. In
2. Z
3. Z
4. I
5. S
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.

**Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afhandeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA)**



Een goede communicatie na een medisch incident voorkomt dat er misverstanden ontstaan. De gedragscode GOMA geeft onder andere aanbevelingen om de communicatie tussen patiënt en zorgaanbieder te verbeteren. Hoe u volgens de GOMA kunt werken staat op de achterzijde. De volledige gedragscode staat ook op [www.medirisk.nl/goma](http://www.medirisk.nl/goma).

Voor vragen over de GOMA neem contact op met de afdeling Preventie, 030 247 48 10.

**MediRisk**

**Handig GOMA-kaartje**  
Gedragscode GOMA kent speciale aanbevelingen voor zorgprofessionals. MediRisk heeft deze samengevat op een handig kaartje dat vorig jaar in de ziekenhuizen is verspreid. Interesse voor de kaartjes? U kunt de kaartjes bijbestellen via [info@medirisk.nl](mailto:info@medirisk.nl).

“Ziekenhuizen zijn al jaren intensief bezig om de veiligheid van zorg voor patiënten te verbeteren. Als er dan toch iets verkeerd gaat en de patiënt schade oploopt ten gevolge van medisch handelen, moet worden voorkomen dat de situatie escaleert voor zowel patiënt als zorgverlener”, aldus Margot van der Starre, directeur van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). “De reacties die wij destijds ontvingen op de komst van de GOMA waren over het algemeen dan ook positief. De GOMA is een praktisch handvat met duidelijke aanbevelingen om ook juridische onduidelijkheden en dilemma’s aan te pakken. Maar bovenal biedt zij duidelijkheid en ondersteuning bij vaak pijnlijke, emotionele en onoverzichtelijke situaties. Daarnaast kan de GOMA ook een bijdrage leveren aan het herstel van het vertrouwen en komt zij tegemoet aan de wens om de positie van de patiënt te versterken.”

### Breed draagvlak

De NVZ hecht er grote waarde aan dat de GOMA is ontwikkeld door partijen in het veld die betrokken zijn bij het traject dat volgt op een medisch incident. “Wij geloven in afspraken door zorgaanbieders en zorgvragers wanneer deze in gezamenlijkheid tot stand komen en waarbij rekening wordt gehouden met elkaars behoeften en belangen. Wetgeving zien wij niet als de ideale oplossing. Vooral niet als het gaat om intermenselijke

problemen. Een gedragscode is gebaseerd op draagvlak en dat is een belangrijke toegevoegde waarde van de gedragscode GOMA.”

Ook de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) deelt deze mening. Albert Vermaas, hoofd juridische zaken, directie raad van bestuur, UMC Utrecht: “De UMC’s voldeden inhoudelijk al aan de meeste punten zoals opgenomen in de GOMA. Toch was de komst van de GOMA belangrijk, het is een leidraad in de afwikkeling van letselschades die aanvaard is door alle in een dergelijk traject betrokken partijen. Wel was er enig bezwaar tegen aanbeveling 7 waarin een bepaling stond dat de melder van een incident in het bijzijn van de advocaat van de patiënt een verklaring moest afleggen, waarvan proces verbaal zou worden opgemaakt. Dit staat haaks op het Veilig Incident Melden, onderdeel van het Veiligheids Management Systeem. Gelukkig is deze bepaling na interventie van onder andere NFU en NVZ geschrapt.” Met deze aanpassing onderschrijven ook de NVZ en de NFU het nut en de noodzaak van de GOMA.

### Actief onder de aandacht

De brede samenstelling van het projectteam dat de ontwikkeling van de GOMA begeleidde (MediRisk, NPCF, KNMG, Ministerie van Justitie, Vrije Universiteit, Stichting Pensioenschade, Centramed en enkele letselschadeadvocaten) heeft

dus zeker bijgedragen aan een breed draagvlak in het veld. Dat betekent echter niet dat de gedragscode al tot in de haarvaten van alle ziekenhuizen wordt toegepast. MediRisk en partners zetten zich daarom nog altijd zeer actief in om de GOMA onder de aandacht te brengen van zorgaanbieders, patiënten en belangenbehartigers. Ook de NFU en de NVZ zetten zich daar graag voor in. Albert Vermaas: “De NFU adviseert haar leden gebruik te maken van de GOMA. Het is een bruikbare handleiding. Geen stok om mee te slaan, maar een staf om mee te gaan. Dat geldt niet alleen voor de UMC’s zelf, maar ook voor bijvoorbeeld belangenbehartigers van patiënten. De GOMA kan goed worden benut om minder ervaren belangenbehartigers uit te leggen wat redelijkerwijs over en weer van elkaar mag worden verwacht.”

### Trainingen

Margot van der Starre sluit af: “De NVZ maakt concrete afspraken met de Letselschaderaad over de wijze waarop aandacht hiervoor en ondersteuning aan de ziekenhuizen kan worden geboden. Trainingen aanbieden is daarbij een goed voorbeeld. Maar het is belangrijk dat alle betrokken partijen, ook buiten de ziekenhuismuren, hun rol pakken in het proces. De relatie tussen patiënt en zorgverlener kan zwaar onder druk komen te staan. Het is in ieders belang om dit zoveel mogelijk te voorkomen.” •

## Kwaliteit en patiëntveiligheid in Medisch Centrum Jan van Goyen

# ‘Iedereen werkt op dezelfde wijze en stelt zich toetsbaar op’



Foto's: MC Jan van Goyen

Medisch Centrum Jan van Goyen ligt in Amsterdam Oud-Zuid. In tegenstelling tot wat sommigen denken is het geen privékliniek, maar een dagbehandelcentrum en buitenpoli van het Amsterdamse Slotervaartziekenhuis en het OIVG. De kliniek loopt voorop als het gaat om aandacht voor patiëntveiligheid. Men ontwikkelde een eigen vakgroepmonitor en alle medische specialisten nemen deel aan functioneringsgesprekken. Arne van Eeden is naast praktiserend internist een bevoegen kwaliteitsmanager en de motor achter het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid van de kliniek. Waar een klein ziekenhuis groot in kan zijn.

“Er zijn artsen die het liefst willen dat de patiënt al voor hen klaarligt als het spreekuur begint. Dat geldt niet voor mij. Ik neem ruim tijd voor elke patiënt, onderbreek zijn of haar verhaal niet. Alle elf specialismen binnen het Jan van Goyen zijn bijzonder cliëntgericht. Hier loopt niemand nog warm voor de vijf-minuten-per-patiënt standaard.” De voormalige stafvoorzitter is een bevoegen man. De focus van Arne van Eeden ligt al jaren op het welbevinden van de patiënt, om hem of haar te behandelen zoals je zelf behandeld wilt worden. Geen wonder dat hij en directeur Loek Winter elkaar hebben gevonden.

### Waterdichte afspraken

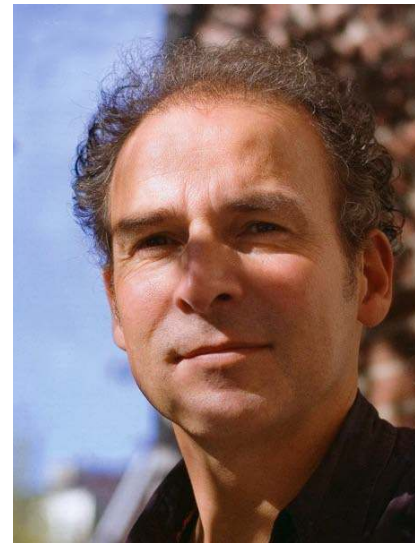
Arne van Eeden deelt de visie van Loek Winter als het gaat om efficiency, kostendekkend opereren en kwaliteit. "Sinds Loek Winter in 2006 directeur werd van deze buitenpoli van het Slotervaart en Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, faciliteert hij de doelen die manager algemene zaken Nicolet Groen en ik willen bereiken." En dat zijn er flink wat. Met Van Eeden lopen we de nieuwste versie van de monitor door die elke vakgroep moet scoren, bespreken en steeds aanscherpen. Het is een lange lijst van aandachtspunten en snel tevreden is Van Eeden niet. "Wij hebben te maken met een club van 26 parttime specialisten, voor wie het Jan van Goyen vaak een tweede werkkring is. Dan kan het niet zo zijn dat iedereen gebruiken van elders meeneemt. We willen dat alle behandelaars op dezelfde manier werken en zich toetsbaar opstellen, als individu en als vakgroep. Je vindt hier dus geen artsen die alleen komen om hun kunstje te vertonen; je moet willen investeren in onze werkwijze." Die werkwijze wordt tot in het kleinste detail bijgehouden in de vakgroepmonitor, die al een eerste upgrade doormaakt. "Vroeger, toen ik in een groot ziekenhuis werkte, wist ik niet precies wie het zou oppakken als mijn patiënt om drie uur 's nachts hulp nodig had. Het Jan van Goyen is klein. Hier kan ik niets afschuiven. Elke patiënt die bij ons onder behandeling is, moet hier terecht kunnen bij vragen en problemen. Afspraken met collega's moeten dus waterdicht zijn. Dat soort thema's vind je terug in de monitor." Andere aandachtspunten zijn afstemming met de huisarts na een operatie, statusvoering, informed consent, voorzitterschap, visitaties, overleg met personeel, omgaan met nieuwe technieken en nog veel meer.

### Groen, oranje of rood

De vakgroepen geven zelf aan of ze op thema's groen, oranje of rood scoren. "De resultaten bespreken we vervolgens met de hele vakgroep. Soms blijken moeilijkheden dan met een simpele wijziging op te lossen. Is een score rood is, dan komt er nog dezelfde week een plan van aanpak. Rood betekent: alarm!" Van Eeden vertelt dat het ook andere organisaties niet ontgaat hoe betrokken het Jan van Goyen is. "Bij visitaties zijn we 'heel zorgzaam' genoemd; het IGZ spreekt zich tevreden uit over onze reactiekracht. Dus ja, ik denk dat we goed op weg zijn."

### Autonomie en teamsport

Het ligt niet alleen aan de vakgroepmonitor of aan het feit dat Van Eeden het vertrouwen van zijn collega's geniet en slagvaardig samenwerkt met Nicolet Groen en Loek Winter. "We zijn altijd heel patiëntgericht geweest en dat kunnen we steeds beter borgen. Ook op individueel niveau. Het IFMS is een landelijk systeem dat wij al in een heel vroeg stadium hebben geïmplementeerd. Met zoveel parttimers in huis is een goed beeld van het functioneren van elke arts van levensbelang. We hebben bijvoorbeeld zes plastisch chirurgen die in vier zieken-



## Arne van Eeden: een goed beeld van het functioneren van elke arts is van levensbelang

huizen werken. Zorg daar maar eens voor eenheid!" Van Eeden lukt het en denkt al weer een stap verder. Hij wil de individuele beoordelingen straks ook in de vakgroepen bespreken. "Want dokters houden van autonomie, maar uiteindelijk zijn we teamsporters. Bij grote ziekenhuizen bestaat een vakgroep soms uit twintig man. Liggen er drie dwars, dan kan het jaren duren voordat je een stap verder komt. Dat kan hier niet. Als je hier wilt werken, doe je mee met onze gewoonten." De internist benadrukt dat het allemaal op een ontspannen manier gaat, met positieve resultaten. "Laatst bespraken we een IFMS, waarin patiënten aangaven dat een arts regelmatig uitloop heeft. 'Je neemt zóveel tijd voor iedere patiënt; wij gaan er ook al niet meer vanuit dat je op tijd werkt', grapt de collega's daarop. Kijk, dan blijkt een kritiekpunt opeens helemaal in lijn met hoe we willen zijn. Natuurlijk hebben we daarna wel een plan gemaakt om de uitloop binnen de perken te houden."

Op welke manier draagt MediRisk bij aan de patiëntveiligheid in het Jan van Goyen? "Onder meer door de audits, de vangnetcriteria en de plezierige professionele nabesprekingen, brochures en Alert-magazine". Is er onverhoopt sprake van schade en wordt er een claim ingediend, dan verloopt de claimbehandeling door MediRisk naar wens. Van Eeden: "We benaderen MediRisk nadat intern alles is gedaan om de claim te voorkomen. Zo gaan wij altijd eerst in gesprek met de klager om zijn of haar verhaal te horen. Soms is de vraagstelling onredelijk en liggen de verwachtingen bij de klager te hoog en wil hij of zij een vergoeding. Op dat moment is het tijd om MediRisk in te schakelen en te beoordelen of de klacht terecht is. De zaken die doorgestuurd zijn, worden adequaat opgepakt." Maar: voorkomen is en blijft beter dan genezen. •

# Nieuwe app voor verbeterde kwaliteit en veiligheid

Onlangs heeft Medisch Centrum Haaglanden een bijzondere app gelanceerd speciaal voor medewerkers van zorgorganisaties. Veel incidenten kunnen voorkomen worden als er optimaal gebruik wordt gemaakt van de ogen en oren van iedereen in de organisatie.



Foto: MC Haaglanden

Dankzij GoodPoint! kunnen zorgprofessionals makkelijk en snel melding maken van problemen, veiligheidsissues en ideeën. Zo kan iedereen bijdragen aan een verbetering van de organisatie en een veiligere werkomgeving. De meldingen en ideeën komen terecht bij de juiste persoon die voor de follow-up zorgt en de medewerkers kunnen volgen wat er met de meldingen gebeurt. Verder zit er een competitie-element in GoodPoint!. Medewerkers kunnen elkaars inbreng 'ranken' en zodoende punten verdienen. Zo gaan medewerkers en afdelingen met elkaar de competitie aan op het gebied van veiligheid, betrokkenheid en alertheid. Hierdoor wordt het ook mogelijk om de organisatie op afdelingsniveau te monitoren. Tevens zit er in de app een optie voor een medewerkerstevredenheidsonderzoek.

Goodpoint! is een mobiel kwaliteitsmanagementsysteem zonder zwaar implementatietraject, waardoor er geen grote investeringen nodig zijn. Het systeem werkt uiteraard vanuit een goed beveiligde omgeving. De app is beschikbaar via smartphone en het web. Vanwege de link met patiëntveiligheid heeft MediRisk inhoudelijk en financieel bijgedragen aan de app Goodpoint!.

**De app Goodpoint! is met korting beschikbaar voor alle leden van MediRisk. Kijk voor meer informatie op [www.goodpointapp.nl](http://www.goodpointapp.nl) of mail naar [info@goodpointapp.nl](mailto:info@goodpointapp.nl).**



 **GoodPoint!**